

## **Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização de Enfermagem Médico- Cirúrgica na Vertente da Pessoa Idosa**

Relatório de Estágio

#### **Prevenção de Queda no Idoso Institucionalizado**

**Ariana Manuela Martinho Ferreira**

**Lisboa**

**2017**

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved, green shapes that resemble stylized waves or leaves, extending from the right edge towards the center of the page.



**Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização de Enfermagem Médico-  
Cirúrgica na Vertente da Pessoa Idosa**

**Relatório de Estágio**

**Prevenção de Queda no Idoso Institucionalizado**

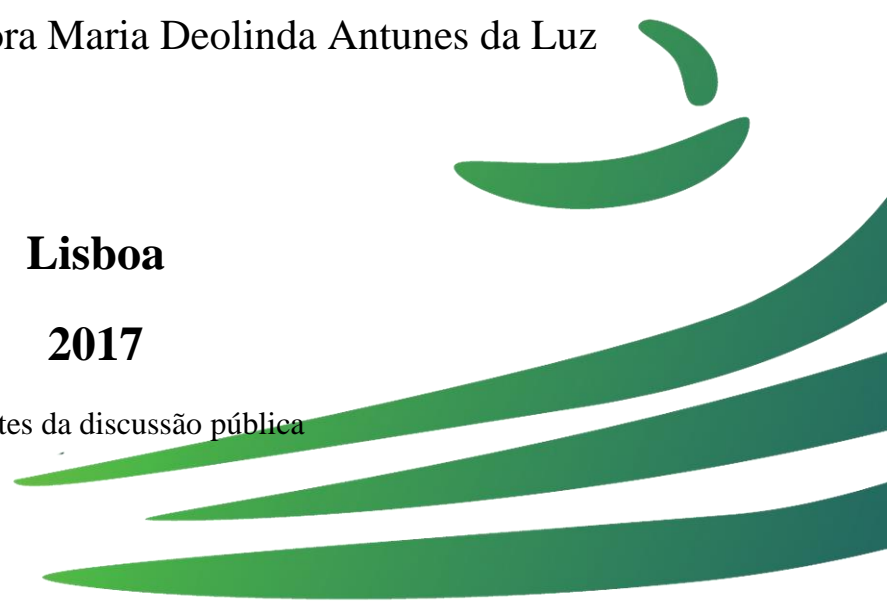
**Ariana Manuela Martinho Ferreira**

**Orientador: Prof<sup>ª</sup> Doutora Maria Deolinda Antunes da Luz**

**Lisboa**

**2017**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Three thick, stylized green wavy lines of varying shades (light green, medium green, and dark green) sweep across the bottom right corner of the page, creating a dynamic, organic feel.



## **PENSAMENTO**

*“a construção do conhecimento se dá a medida em que cada um  
movimenta-se no sentido e na direção de articular  
novos saberes aos que já possui”*

**João Beauclair**

**(s.d)**



## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer a todas as pessoas que me incentivaram, ajudaram e apoiaram neste capítulo da minha vida. Não foi um percurso fácil nem simples, mas uma travessia sinuosa, com os seus atropelos, mas igualmente um gracioso percurso de enriquecimento tanto pessoal como profissional, partilhado por pessoas maravilhosas que tive o prazer de conhecer, trabalhar e aprender.

Assim, deixo um agradecimento especial à minha orientadora, Exma. Professora Doutora Maria Deolinda da Luz, pelo apoio, sugestões, críticas, pelo rigor, dedicação e disponibilidade oferecidas.

Ao Enfermeiro Especialista Sérgio Jorge, pelo apoio, disponibilidade, sugestões e pela oportunidade de realizar e complementar este percurso.

À Enfermeira Chefe e Especialista Élia Varelas, pelo apoio, compreensão e oportunidade para a realização e implementação deste projeto.

Aos colegas enfermeiros e enfermeiras, auxiliares e idosos, que contribuíram para que este trabalho fosse uma realidade, um agradecimento especial.

À minha família, pelo encorajamento, incentivo, paciência e apoio incondicional, pelas privações de tempo e disponibilidade que este trabalho exigiu e por acreditarem em mim.

A todos os meus amigos que, de diversas formas, estiveram presentes ao longo deste percurso, pela amizade autêntica, apoio, paciência e estímulo, um muito obrigado.





## RESUMO

Este relatório surge no âmbito do estágio realizado no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem à Pessoa Idosa, desenvolvido na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e subjacente ao tema a “*A Prevenção de Queda no Idoso Institucionalizado.*”

As quedas constituem um grave problema de Saúde Pública pelas consequências físicas, psicológicas, sociais e económicas que acarretam. São uma das síndromes geriátricas mais comuns que ameaçam a independência dos idosos, principalmente residentes em instituições de longa permanência, onde a sua prevalência é superior face aos números achados na comunidade (Baixinho & Dixe, 2015; Rubenstein, 2006). Em Portugal, 37,5% dos idosos institucionalizados sofre, pelo menos uma queda e 23,1% experiencia mais do que uma, em seis meses (Baixinho & Dixe, 2014).

Neste contexto desenvolveu-se um estágio com base na metodologia do projeto, centrado na pessoa idosa institucionalizada com foco na prevenção de quedas, tendo por base o modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman. Deste modo, pretendeu-se contribuir para a melhoria dos cuidados prestados ao idoso institucionalizado, através da prevenção e monitorização da queda.

O projeto teve início a 26 de Setembro e o seu *terminus* a 10 de Fevereiro de 2017, teve como objetivo geral, desenvolver competências de enfermeira especialista e mestre na área de intervenção à pessoa idosa, nomeadamente na prevenção de queda na pessoa idosa institucionalizada.

O desenvolvimento do estágio assentou numa lógica de resolução de problemas, onde o enfermeiro/utente/cuidador assumem um papel interativo na identificação dos fatores/*stressores*, contribuindo para uma prática de cuidados segura, fundamentada pela revisão *scoping*, desde o ano de 2010 até a atualidade.

Conclui-se que a avaliação sistemática do idoso contribui para a prevenção da queda, para a melhoria dos cuidados prestados e da qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

**Palavras-chave:** Idoso; fatores de risco de quedas; intervenções na queda; estratégias de prevenção de quedas; enfermagem; Instituições de longa permanência; lares de idosos e instituições residenciais.

## ABSTRACT

This report is part of the training course carried out at the 7th Nursing Master's Course, in the area of Medical-Surgical Specialization, Nursing for the Elderly, developed at the ESEL (Lisbon Higher Nursing School) and focused on "The Prevention of Fall in the Elderly Institutionalized. "

Falls are a serious public health problem due to physical, psychological, social and economic consequences. They are one of the most common geriatric syndromes that threaten the independence of the elderly, predominantly residing in a long term institution, where the prevalence is higher than community's numbers (Baixinho & Dixe, 2015; Rubenstein, 2006). In Portugal, 37,5% of the institutionalized elderly suffer at least one fall, and 23,1% experience, in six months, more than one fall (Baixinho & Dixe, 2014).

Related to this thematic, an internship was developed based on a project methodology, centered on the institutionalized elderly with focus on the prevention of falls, and based on the theoretical nursing model of Betty Neuman. In this way, it was intended to contribute to the improvement the provided care to the institutionalized elderly, through the prevention and monitoring of falls.

The project began on September 26th and ended on February 10th of 2017, and had the general objective of developing skills of specialized and master degree nurse in the area of intervention of elderly, namely in the prevention of falls of the institutionalized elderly.

The internship was based on the logic of problem solving, where the nurse/patient/caregiver takes an interactive role in the identification of the factors stressors, contributing to a safe care practice based on the scoping review, from 2010 to nowadays.

It is concluded that the systematic evaluation of the elderly contribute to the prevention of falls and to the improvement of the care provided and the quality of life of institutionalized elderly.

**Key-words:** *older people; older adults; elderly; aged; risk factors of falls; fall intervention; fall prevention; fall reduction strategies; nurses; long term care; nursing homes e residential facilities.*

## **SIGLAS**

APA – *American Psychological Association*

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

INE – Instituto Nacional de Estatística

NICE – *National Institute for Health and Care Excellence*

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

PIIM – Plano Individualizado de Intervenção Multidisciplinar

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UC – Unidade Curricular

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

| <b>ÍNDICE</b>   | <b>Página</b> |
|---|---------------|
| <b>INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>15</b>     |
| <b>1. DEFINIÇÃO DA APROBLEMÁTICA.....</b>   | <b>18</b>     |
| <b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL.....</b>   | <b>19</b>     |
| 2.1. Envelhecimento populacional .....  | 19            |
| 2.2. A institucionalização do idoso e a queda .....   | 21            |
| 2.3. Fatores de risco de queda no idoso.....  | 23            |
| 2.4. Intervenções do enfermeiro no cuidado ao idoso com risco de queda<br>conforme o modelo teórico de Betty Neuman .....     | 26            |
| <b>3. MÉTODO.....</b>   | <b>28</b>     |
| 3.1. Diagnóstico da situação .....  | 28            |
| 3.2. Caracterização do contexto de estágio .....  | 29            |
| 3.3. Finalidade e objetivos .....   | 30            |
| 3.4. Planeamento de atividades e indicadores de avaliação .....   | 31            |
| 3.5. Questões éticas e deontológicas.....   | 32            |
| <b>4. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....</b>   | <b>33</b>     |
| 4.1. Desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista e Mestre ...  | 33            |
| 4.2. Descrição e reflexão sobre o contributo das atividades desenvolvidas para a<br>aquisição de competências esperadas ..... | 35            |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>  | <b>52</b>     |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>   | <b>54</b>     |

## **ANEXOS**

Anexo I – Autorização para utilizar o instrumento de avaliação do risco de quedas de Morse

Anexo II – Guia da ECCI

Anexo III – Folha de registo de quedas

Anexo IV – Autorização para implementação do projeto

## **APÊNDICES**

Apêndice 1 – Síntese dos estudos incluídos na revisão *scoping*

Apêndice 2 – Projeto de Estágio

Apêndice 3 – Estudo de caso I

Apêndice 4 – Planeamento e sessão de formação em serviço

Apêndice 5 – Estudo de caso II

Apêndice 6 – Sessão de formação – Centro de Dia

## ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Gráfico 1</b> - Distribuição da população por sexo, entre Outubro de 2016 e Fevereiro de 2017. ....                       | 41 |
| <b>Gráfico 2</b> - Determinação do risco de queda por sexo, em Outubro de 2016 e Fevereiro de 2017, respetivamente. ....     | 42 |
| <b>Gráfico 3</b> - Determinação do local onde ocorreu a queda. ....  | 42 |
| <b>Gráfico 4</b> - Consequências resultantes da queda. ....  | 43 |
| <b>Gráfico 5</b> - Determinação do número de quedas por sexo, de Outubro de 2016 a Fevereiro de 2017. ....                   | 43 |
| <b>Gráfico 6</b> - Frequência de quedas ocorridas por turno. ....  | 50 |
| <b>Tabela 1</b> - Número de quedas ocorridas por sexo, idade e consequências resultantes, durante o período de estágio. .... | 44 |

## INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório de estágio faz parte integrante da unidade curricular Estágio com Relatório, realizada no 3º semestre do 7º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente Pessoa Idosa. Reflete a implementação do projeto de estágio realizado na Unidade Curricular (UC) Opção II. Pretende-se descrever as atividades desenvolvidas em função dos objetivos definidos e competências adquirir, particularmente na intervenção à pessoa idosa e na prevenção de queda do idoso institucionalizado.

As quedas são uma das síndromes geriátricas mais comuns que ameaçam a independência dos idosos, principalmente, nos residentes em instituições de longa permanência, onde a prevalência é superior à da comunidade (Baixinho & Dixe, 2015; Rubenstein, 2006).

Este fenómeno é um problema de saúde pública, que assume elevada pertinência nesta população, de tal forma que se converteu numa das estratégias prioritárias das políticas de saúde. Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde e o Conselho da União Europeia recomendam a avaliação da perceção dos profissionais sobre a cultura de segurança do doente, como condição essencial para a introdução de mudanças nos comportamentos dos profissionais e organizações prestadoras de cuidados de saúde, para alcançar melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados prestados aos doentes (DGS, 2013).

Também o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 visa melhorar a prestação de cuidados de saúde a todos os níveis, de forma integrada e num processo de melhoria contínua, tendo como objetivos estratégicos, prevenir a ocorrência de quedas, entre outros.

As quedas resultam de uma mistura complexa e interativa de fatores biológicos, comportamentais, ambientais e socioeconómicos, muitos dos quais podem ser evitáveis (OMS, 2007).

Identificar os fatores de risco e minimizar o seu impacto através de medidas preventivas pode minimizar a ocorrência de quedas e sequelas inerentes contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados e melhorar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

As necessidades de cuidados de saúde globais incitam os paradigmas vigentes a procurar modelos de atuação multidisciplinar, na qual a enfermagem se inclui. Ultrapassando-se o modelo biomédico, reconhece-se que os enfermeiros necessitam de eixos conceptuais orientadores para a sua prática clínica que lhes permitam compreender a participação ativa com o utente, relacionando-a com todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo aos *stressores*.

Como futura Enfermeira Especialista, optei por fundamentar a minha prática baseada nos pressupostos do modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman, pois este modelo permite-me compreender a pessoa inserida num sistema, seja ele familiar ou institucional, e em que no seu processo saúde-doença, está em permanente dinâmica com o meio ambiente, sendo influenciado por diversos fatores de *stress*, causando-lhe desequilíbrio (Tomey & Alligood, 2004). Trata-se de um modelo que se adapta aos diferentes contextos da enfermagem, da prática à investigação e ensino, uma vez que olha para a pessoa na sua totalidade (Freese, 2004).

Assim como Benner (2001) categorizou os estádios de desenvolvimento dos enfermeiros, com a elaboração deste relatório, pretendo descrever o percurso académico realizado para alcançar estádios mais avançados de competências, tais como:

- Competências comuns de enfermeiro especialista, no desenvolvimento de capacidades nos domínios da responsabilidade profissional, ético, legal, da melhoria da qualidade, na gestão de cuidados e de desenvolvimento de aprendizagens profissionais [Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010].
- Competências comuns de enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica vertente pessoa idosa, para prestar cuidar às pessoas idosas em situação de doença crónica e/ou agudizada e sua família em contexto intra e extra hospitalar, [Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), 2014].
- Competência de enfermeiro mestre, na capacidade de análise do conhecimento que sustenta a prática de enfermagem, nas suas dimensões ética, política, histórica, social e económica, e no desenvolvimento de projetos que promovam a reflexão, questionamento de práticas e paradigmas de enfermagem e processos de inovação (ESEL, 2014).

Em conformidade com o exposto definiu-se como objetivo geral, desenvolver competências de enfermeira especialista e mestre na área de intervenção da pessoa idosa, nomeadamente na prevenção de queda na pessoa idosa institucionalizada.



Para alcançar este objetivo, recorreu-se à metodologia de projeto, tendo-se desenvolvido um estágio que decorreu em dois serviços distintos, na Equipa de cuidados Continuados Integrados (ECCI) de uma região de Lisboa e no Centro de Recuperação de um Instituto de Ação Social também sediado em Lisboa.

Este relatório reflete o percurso realizado. No primeiro capítulo é definida a problemática, seguindo-se o enquadramento teórico e conceptual, apresentado em quatro subcapítulos. No terceiro capítulo, denominado de Método, é abordado o método orientador da consecução do estágio, seguindo-se o percurso de aquisição de competências, no quarto capítulo. No último capítulo são apresentadas as considerações finais.

Como resultado final, consideramos ter adquirido competências de mestre e especialista na área do idoso, no nível de iniciado, pelo que nos propomos em investir, cada vez mais, no desenvolvimento de conhecimentos nesta área, através da realização de estudos que nos permitam uma intervenção de enfermagem baseada em resultados científicos.

O relatório foi redigido com o acordo ortográfico da Língua Portuguesa e seguiu as considerações das normas da ESEL e dos critérios da Norma Portuguesa da *American Psychological Association* (APA) recomendadas pelo Instituto Português da Qualidade.

## **1. DEFINIÇÃO DA APROBLEMÁTICA**

O envelhecimento populacional é um fenómeno crescente em Portugal (INE, 2015) e com o aumento da esperança média de vida e da população idosa, cresce a probabilidade de institucionalização. Fulmer (2012) refere a evidência de quedas no idoso como uma das grandes síndromes geriátricas.

A queda, segundo a Organização Mundial de Saúde (2012), pode ser definida como “um evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação a sua posição inicial”. É considerada a primeira causa de morte por acidente nos idosos e também um grave problema de saúde pública (OMS, 2012, s. p.).

Ao envelhecemos o risco de queda eleva-se. Os fatores de risco nos idosos residentes em instituições de longa duração tendem a ser mais elevados por serem menos independentes e mais afetados por doenças crónicas quando comparados com os não institucionalizados. Também o espaço físico e a própria presença dos funcionários tornam o ambiente diferente do domicílio, que se constitui só por si, um risco acrescido (Baixinho & Dixe, 2015).

A partir dos 80 anos, o risco de cair cresce exponencialmente pelas alterações inerentes ao processo natural de envelhecimento. Em Portugal, 37,5% dos idosos institucionalizados sofre, pelo menos uma queda e 23,1% experiencia mais do que uma, em seis meses (Baixinho & Dixe, 2014). A queda é a principal causa de morte acidental acima dos 75 anos e após os 85 anos, 2 em cada 3 idosos cai, pelo menos uma vez por ano (Rubenstein, 2006) e acima dos 75 anos, o sexo feminino representa 22,3% das quedas ocorridas, face aos 9,1% no sexo oposto.

No seguinte capítulo, é feita uma abordagem teórica e concetual do tema apresentado, com base na evidência científica, atual, sobre o fenómeno do envelhecimento e a da queda no idoso institucionalizado, os fatores de risco associados e as intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa idosa com risco de queda, à luz do modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman.

## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL**

Neste capítulo, pretendemos aprofundar a problemática do envelhecimento e da queda, nos idosos institucionalizados, aclarando os conceitos e explorando o tema de forma a fundamentar as atividades desenvolvidas ao longo da implementação do projeto. Para justificar a pertinência desta temática como um problema para a enfermagem, baseámo-nos no modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman.

No primeiro subcapítulo será feita uma abordagem ao fenómeno do envelhecimento populacional. Seguindo-se a institucionalização e os fatores de risco associados à queda. Por fim, as intervenções do enfermeiro no cuidado ao idoso com risco de queda, baseado no modelo teórico de cuidados de enfermagem de Betty Neuman.

### **2.1. Envelhecimento populacional**

As alterações demográficas, ocorridas nas últimas décadas, vieram alterar a pirâmide etária, refletindo um aumento gradual e acentuado da população idosa. São tendências com profundas implicações a vários níveis: sociais, económicos, familiares e de saúde, devido aos problemas subjacentes e às suas repercussões. Recorrendo à definição de idoso da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012), considera que este é toda a pessoa com idade cronológica, com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos. No entanto, é importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento.

O envelhecimento populacional traz novos desafios e exigências à sociedade em geral e para os cuidados de saúde, em particular, nos quais os enfermeiros são um pilar. Este contexto vem aumentar a complexidade da prática de cuidados de enfermagem, havendo necessidade de os adaptar a este tipo de população. Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros define no código deontológico do enfermeiro (2005), o dever de salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência aos níveis físico, psíquico e social, bem como na promoção e na manutenção do autocuidado.

A promoção de um envelhecimento saudável é multisectorial, da responsabilidade individual e coletiva, e trás repercussões no desenvolvimento

económico de cada país, tendo como intuito o envelhecer com saúde, autonomia e independência. Neste sentido, é da responsabilidade de todos, nomeadamente da profissão de enfermagem, promover um envelhecimento saudável.

O envelhecimento humano é definido como “o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” (DGS, 2006, p.5). O Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (2015) define Envelhecimento Saudável como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional (consiste na relação e interação entre os indivíduos e os seus ambientes) que permite o bem-estar em idade avançada.

As mudanças inerentes ao processo de envelhecimento são complexas. A nível biológico, o envelhecimento está associado ao acúmulo de uma grande variedade de alterações moleculares e celulares, que com o tempo levam a uma perda gradual das atividades fisiológicas e, progressivamente, aumento do risco de contrair doenças pela diminuição do sistema imunitário e ao declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo, pela deterioração dos múltiplos sistemas. O predomínio do aumento da população idosa está associado aos avanços tecnológicos e científicos na área dos cuidados de saúde, especificamente na área da medicina. Este é um dos fatores que contribuem para o envelhecimento populacional associados à redução da natalidade e mortalidade, bem como a melhoria da qualidade de vida (DGS, 2006).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), no ano de 2012, 19% da população tinha 65 ou mais anos, representando um aumento de 7,6% face aos últimos 30 anos. Em 2050, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), 2013, prevê que exista o dobro ou mais dos idosos com 80 ou mais anos, que na atualidade. Entre 2012 e 2060, o índice de envelhecimento<sup>1</sup> aumenta de 131 para 307 idosos por cada 100 jovens (INE, 2014).

Ao envelhecermos o risco de queda eleva-se e a partir dos 80 anos, cresce exponencialmente pelas alterações inerentes ao processo natural de envelhecimento. A OMS (2007) refere que o sedentarismo desencadeia atrofia e declínio do tônus muscular e pode estar na origem de uma primeira queda, onde o medo de cair se associa a 30%

<sup>1</sup> **Índice de envelhecimento:** Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa por 100 pessoas dos 0 aos 14 anos) (INE, 2014).

das pessoas com 65 ou mais anos e está claramente relacionado com alterações no equilíbrio e na mobilidade.

Segundo Harrison (1992), o envelhecimento predispõe o homem a desenvolver uma flexão para a frente da parte superior do tronco, com flexão dos membros superiores e inferiores, diminuição do balanço dos membros superiores e o encurtamento da passada. Nas mulheres idosas a marcha torna-se bamboleante, também com encurtamentos na passada, o que predispõe este grupo etário para a queda.

É fundamental compreender o envelhecimento como algo natural, mas que pode acarretar, no entanto, maior fragilidade e vulnerabilidade com todas as perdas ocorridas ao longo da vida e que são mais evidentes nesta etapa.

## **2.2. A institucionalização do idoso e a queda**

A longevidade acarreta mudanças epidemiológicas, alterando as pirâmides etárias, representadas cada vez mais, pela população idosa. Estas alterações comprometem a independência e autonomia do idoso, exigindo a presença de um cuidador permanente (OE Sul, 2015).

Também a Ordem dos Enfermeiros da Secção Regional do Sul (2015) refere que um quarto a metade da população idosa necessita de ajuda diária, implicando um esforço elevado para as famílias que tem idosos nos seus seios familiares, com um elevado grau de dependência.

De acordo com a OMS (2015), as perdas de capacidade ocorrem geralmente nos últimos anos de vida. Estima-se que a idade média dos idosos institucionalizados é de 83,55 anos. A exaustão do cuidador, a impossibilidade de conciliar a vida profissional e pessoal leva a uma institucionalização não planeada e muitas vezes, pouco desejada pelos idosos.

Segundo a OCDE (2013) uma instituição de cuidados de longa duração é uma instituição de cuidados de enfermagem e residencial (que não seja hospitalar) que proporciona alojamento e cuidados a longo prazo em situações de doença crónica e/ou restrições funcionais moderadas a graves, com a finalidade de reduzir o grau de dependência nas atividades de vida, diárias. Referem, ainda, que estes estabelecimentos

oferecem cuidados residenciais combinados com cuidados de enfermagem, supervisão ou outros tipos de cuidados pessoais, conforme o exigido pelos residentes.

Para uma institucionalização bem-sucedida é essencial a identificação precoce das necessidades do idoso, bem como uma integração personalizada, que possibilite relacionar-se com outras pessoas, o contacto com a família ou pessoas significativas e a manutenção da sua individualidade (OE Sul, 2015). Também Godinho (2013) no seu estudo refere que o sucesso da institucionalização do idoso depende da capacidade de adaptação do sujeito, bem como da qualidade da instituição e apoio familiar.

Os idosos institucionalizados tem peculiaridades clínicas e funcionais específicas. Vários autores descrevem que os idosos institucionalizados são geralmente mais velhos, com maior número de co-morbilidades, pior estado funcional, fraca aptidão física, com mais patologias e polifarmácia associadas, face aos idosos residentes na comunidade (OE Sul, 2015, Baixinho & Dixe, 2014a; Gomes *et al*, 2014).

Entre os idosos institucionalizados é frequente ocorrerem episódios de quedas na primeira semana após a admissão. O isolamento e até mesmo a solidão, associada a um maior grau de inatividade física, contribuem para uma maior propensão de quedas (Santos, 2012).

As Pessoas que vivem em instituições de longa permanência têm taxas mais elevadas de queda (0,6-3,6 por cama anualmente, a média de 1,7) (Rubenstein, 2006) e também pelas especialidades clínicas e funcionais dos residentes, geralmente mais velhos, com mais co morbilidades associadas, pior estado funcional e por possuírem usualmente, mais do que um fator de risco para a queda, sendo frequente ocorrerem episódios de quedas na primeira semana após a admissão (Baixinho & Dixe, 2014).

Aproximadamente um terço da população idosa que reside na comunidade sofre múltiplas quedas a cada ano. No entanto, os idosos institucionalizados apresentam três vezes mais risco de cair do que aqueles que residem na comunidade, sendo que 39,8% apresentam idade entre 80 a 89 anos (Gomes *et al*, 2014).

As taxas de fraturas da anca, como resultado de quedas em instituições de cuidados de longa permanência foram estimadas em 10,5 vezes superiores às que ocorrem na comunidade, correspondendo a 42% de todas as fraturas da anca (Cameron *et al*, 2010) e cerca de 10 a 25% das quedas resultam em fraturas, lacerações ou cuidados hospitalares (*The National Institute for Health and Care Excellence* - NICE,

2013), sendo a fratura da extremidade proximal do fémur, a mais comum como resultante da queda.

As consequências e os custos envolvidos com as quedas e lesões consequentes são relevantes tanto para o idoso e família, como para o país pelo aumento da necessidade de cuidados de saúde, maior dependência, anos potenciais de vida perdidos e do risco de outras complicações como o aparecimento das úlceras por pressão e dos efeitos nefastos pela imobilidade, que, para além de condicionar a qualidade de vida, aumentam o risco de nova queda, devido à diminuição da força muscular e amplitude articular e das alterações do estado de consciência (Baixinho & Dixe, 2014).

A segurança dos idosos e a prevenção de quedas são um problema social, económico e político que deve ser motivo de preocupação para a sociedade. As quedas têm consequências individuais, económicas e sociais, que se traduzem em perda de qualidade de vida, isolamento social e ao aumento dos custos com a saúde (Baixinho & Dixe, 2014).

Em Portugal, estima-se que o custo hospitalar de cada internamento por fratura da extremidade proximal do fémur tenha o valor médio de €4.100. Na Europa ocorrem 2,7 milhões de fraturas, por ano, com um custo de 36 mil milhões de Euros (DGS, 2012).

No país, 37,5% dos idosos institucionalizados sofre, pelo menos uma queda e 23,1% experiencia mais do que uma, em seis meses (Baixinho & Dixe, 2014). A queda é a principal causa de morte acidental acima dos 75 anos e, após os 85 anos, 2 em cada 3 idosos cai pelo menos uma vez por ano (Rubenstein, 2006) e, acima dos 75 anos, o sexo feminino representa 22,3% das quedas ocorridas, face aos 9,1% no sexo oposto.

### **2.3. Fatores de risco de queda no idoso**

As quedas podem ser classificadas em três categorias (Morse, 2009a; Hill & Fauerbach, 2014):

- Quedas acidentais – relacionadas com os fatores ambientais, que representam 14% das quedas (ambiente inadequado, obstáculos, barreiras no espaço físico, iluminação, entre outros);

- Quedas fisiologicamente imprevisíveis – resultantes de alterações fisiológicas e que não são previsíveis antes de um primeiro evento (têm causas médicas, como convulsões, fraturas espontâneas, polifarmácia e síncope, entre outras);
- Quedas fisiologicamente previsíveis – são as mais frequentes, representam 78% das quedas que ocorrem em pessoas com alterações fisiológicas que as predispõe a um elevado risco de queda.

A identificação de fatores de risco e a implementação de estratégias eficazes e adequadas são fundamentais na prevenção de quedas e das suas consequências. Os fatores de risco nos idosos residentes em instituições de longa duração tendem a ser mais elevados por aqueles serem mais dependentes e mais afetados por doenças crónicas quando comparados com os não institucionalizados. Também o espaço físico e a própria presença dos funcionários tornam o ambiente diferente do domicílio, que se constitui só por si, um risco acrescido (Baixinho & Dixe, 2015).

A OMS (2007) classifica os fatores de risco para a queda em quatro categorias. Os fatores de risco biológico incluem características tais como o sexo (feminino); idade (mais de 80 anos); raça (branca); declínio das capacidades; situação clínica de doença crónica ou doença súbita. Os fatores ambientais relacionam-se com a interação entre as condições físicas do indivíduo e meio ambiente circundante (degraus estreitos, superfícies escorregadias, fios soltos, iluminação insuficiente, entre outros). Os fatores comportamentais são potencialmente modificáveis (ingestão de medicamentos, o abuso de bebidas alcoólicas, o estilo de vida sedentário, a dieta empobrecida, o uso de calçado ou roupa inadequada, entre outros). Os fatores socioeconómicos não constituem fatores de risco de queda diretamente observáveis. Estes estão relacionados com as influências das condições sociais, situação económica de cada indivíduo e da capacidade dos recursos da comunidade para colmatar as limitações da população.

No entanto e com o decorrer do tempo, outros autores foram identificando e categorizando os fatores de risco da queda, como resultado da interação entre fatores predisponentes e precipitantes, que podem ser intrínsecos e extrínsecos (OMS, 2007; Almeida *et al*, 2012). Dentro dos fatores intrínsecos, estão abrangidos os fatores demográficos e biológicos. Os fatores extrínsecos englobam os fatores ambientais e comportamentais, sendo que a OMS identificou estes últimos como passíveis de sofrerem alteração para a prevenção das quedas.



Também Santos (2012) resumiu os principais fatores de risco de quedas nos idosos, descritos na literatura e incluem:

- Idade e sexo – O risco de queda aumenta progressivamente com o avançar da idade e é ainda maior nas mulheres;
- Doenças crónicas – Algumas doenças crónicas associadas à idade aumentam o risco de quedas, como por exemplo a Epilepsia, Doença de Parkinson e a Osteoartrose bem como a capacidade de reagir perante os fatores de *stress* externos;
- Funções cognitivas – A degeneração cognitiva leve e moderada está associada a um alto risco de quedas;
- Tonturas/Vertigens – Os idosos descrevem uma variedade de sintomas incluindo vertigens, síncope, instabilidade e algumas sensações menos específicas que se tornam importantes avaliar;
  - Hipotensão Ortostática;
  - Alterações posturais e da marcha;
  - Visão – A diminuição da acuidade visual;
  - Incontinência Urinária – A urgência urinária aumenta a necessidade de se deslocar apressadamente para ir à casa de banho;
- Auxiliar de Marcha – Deve existir treino e a escolha adequada dos dispositivos de apoio para evitar um equipamento mal adaptado;
- Medicação – Os psicofármacos com efeitos sedativos (benzodiazepinas, antidepressivos tricíclicos e anti convulsivantes), os anti hipertensores, os diuréticos, os agentes anti anginosos e a polifarmácia;
- Sedentarismo – a imobilidade prolongada gera deterioração funcional e progressiva dos vários sistemas;
- Calçado Inapropriado – Calçado com uma base escorregadia proporciona uma base insegura para a marcha. Embora existam poucos estudos sobre o calçado, alguns autores concluíram que os sapatos de atletismo e de lona são os menos associados a quedas nos idosos residentes na comunidade;
- Institucionalização.

De acordo com a OMS (2007), a interação entre os fatores biológicos e os riscos comportamentais e ambientais aumenta o risco de queda. As quedas são fenómenos de etiologia multifatorial e heterogénea, frequentes em idosos e estão intimamente

relacionadas com uma das grandes síndromes geriátricas (Tinetti & Kumar, 2010; Fulmer & Wallace, 2012).

#### **2.4. Intervenções do enfermeiro no cuidado ao idoso com risco de queda conforme o modelo de Betty Neuman**

Cuidar do idoso institucionalizado requer a implementação de medidas estratégicas preventivas de queda. É neste âmbito, que a intervenção do enfermeiro se torna crucial. A escolha de um modelo teórico de enfermagem orientador para a prática de cuidados deve ser direcionada para a pessoa idosa, que permita uma abordagem global e a individualização do cuidado, num sistema, seja ele a família, comunidade ou uma instituição residencial (Tomey & Alligood, 2004).

Segundo os pressupostos do modelo de Betty Neuman, o enfermeiro deve olhar para a pessoa numa abordagem holística, perspetivando-a como um ser multidimensional, considerando-a como um todo. Este modelo faz alusão á constante interação da pessoa com o ambiente que o rodeia, sobretudo aos fatores envolventes causadores de *stress*.

De acordo com Betty Neuman, os cuidados de enfermagem visam a integridade da pessoa e das variáveis que têm efeito sobre a sua resposta aos agentes de *stress*, reduzindo-lhes o efeito. Assim a intervenção do enfermeiro é assistir o idoso de modo a manter e obter a estabilidade do sistema onde está inserido, proporcionando-lhe um nível máximo de bem-estar. Este resulta da intervenção da enfermagem que tem como objetivo reduzir os fatores de *stress* e as condições adversas que lhes estão associadas, determinando o sua adaptação nas diferentes dimensões do seu ser (Tomey & Alligood, 2004).

Assim, este modelo caracteriza-se pela interação, no sistema aberto, dos subsistemas pessoa, enfermeiro e ambiente, no qual se desenvolve a relação e estão em permanente troca de energias e de informação entre si, tendo como finalidade última satisfazer as necessidades da pessoa. Pretende-se que a pessoa se torne o mais autónoma possível e para que desenvolva um processo de envelhecimento saudável.

O Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica desempenha um papel prioritário no cuidado ao idoso institucionalizado, na identificação dos problemas individuais, na sistematização dos processos de cuidar e na

promoção e capacitação para o autocuidado para que desenvolva este envelhecimento saudável ao longo do seu ciclo de vida.

A identificação de fatores de risco (*stressores*) e a implementação de estratégias eficazes para a prevenção de quedas e suas consequências impõe a toda a equipa de enfermagem e multidisciplinar, o desafio de reconhecer os fatores de risco e de implementar intervenções personalizadas para a sua prevenção (Tinetti & Kumar, 2010).

Um aspeto importante na prevenção da queda é o seu relato preciso, no qual devem ser descritas as circunstâncias do evento, tais como a hora, lugar, a atividade em curso e qualquer lesão sofrida (Nitz *et al*, 2012).

Os enfermeiros são considerados os profissionais de saúde de eleição para promover e garantir a segurança dos utentes, com destaque na prevenção de quedas, pela proximidade dos cuidados e pelo conhecimento holístico que detém. Nos estatutos da OE e o Código Deontológico, os enfermeiros têm o dever de exercer a sua prática de cuidados com conhecimentos científicos e técnicos adequados, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados e dos serviços de enfermagem prestados.

A construção do conhecimento deve-se à procura e desenvolvimento da investigação científica, com recurso ao desenho de estudo em que cada detalhe surge planificado, justificado e clarificado, descrevendo-se todo o percurso metodológico efetuado (Fortin, 2009).

### **3. MÉTODO**

Neste capítulo fazemos referência à metodologia do projeto. A identificação de um problema e a sua análise num determinado contexto específico em que ocorre, dão orientações específicas importantes acerca da metodologia a adotar para a resolução do mesmo (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). De acordo com Fortin (2009), a descrição do percurso metodológico efetuado, permite a construção do conhecimento.

Conforme estes autores:

a metodologia do projeto é definida como um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real, isto é, permite prever uma mudança. É uma metodologia ligada à investigação, centrada na resolução de problemas. Através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização do projeto numa situação real. (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.3)

Relativamente à estrutura, conforme os autores supracitados, esta deve incluir cinco partes distintas, nomeadamente os fundamentos teóricos (capítulo 2), o diagnóstico da situação, a definição de objetivos, o planeamento (atividades, estratégias e meios), execução e avaliação e, por fim, a divulgação do relatório final, onde se incluem os resultados e a conclusão.

#### **3.1. Diagnóstico da situação**

Reconhecendo da prática clínica, que as quedas nos idosos são um problema, acarretando inúmeras consequências ao nível pessoal, social, económico e saúde, constatando-se que no serviço onde exerço atividade profissional, não existe um registo do padrão de quedas que permita determinar as causas ou circunstâncias em que estas ocorrem e, por consequência, as estratégias para as prevenir, o percurso deste estágio foi direcionado neste âmbito.

É no contexto institucional para idosos onde se verificam taxas de quedas mais elevadas e também com complicações mais graves (Baixinho & Dixe, 2014; Rubenstein, 2006), e sendo a queda a principal causa de morte acidental acima dos 75 anos, torna-se fundamental a implementação de estratégias que visem reduzir a sua incidência e consequências inerentes.

O índice de quedas é considerado um indicador sensível dos cuidados de enfermagem e um indicador de segurança da pessoa, representando as estruturas e os

processos da prática clínica, com relevância para a qualidade e segurança dos idosos e ambiente (Silva, 2015). Os ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem definem-se como as evoluções positivas ou modificações operadas no estado dos diagnósticos de enfermagem, após as intervenções, pelo que a mensurabilidade desse ganho é traduzida em indicadores (OE Sul, 2015).

Tanto as políticas de saúdes nacionais como internacionais preveem a adoção de estratégias de intervenção que visam a prevenção de quedas, através da avaliação e monitorização do risco da ocorrência, promovendo deste modo a qualidade de vida dos idosos e, não menos importante, a redução de custos para a sociedade e particularmente, para o sistema nacional de saúde (OMS 2007; DGS 2013, Despacho nº 1400-A/2015 DR II Série).

### **3.2. Caracterização do contexto de estágio**

A primeira parte do estágio realizou-se na ECCI, a 26 de setembro, com duração de quatro semanas. Esta ECCI abrange três freguesias da região de Lisboa e tem uma lotação de vinte utentes, em ambulatório. É detentora de uma equipa multidisciplinar, constituída por três enfermeiros (um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica – vertente Idoso), médicos, fisioterapeutas, psicólogo, terapeuta ocupacional e um técnico de serviço social.

O segundo contexto de estágio, e mais longo, decorreu de 24 de outubro de 2016 a 10 de fevereiro de 2017 num instituto público. Este é constituído por um conjunto de instalações destinadas ao apoio essencial dos mais idosos, incidindo sobretudo nos domínios da saúde, alojamento, alimentação e atividades culturais e recreativas, que prestam apoio e ação social aos seus beneficiários.

O Centro de Recuperação/ Unidade Funcional 2 faz parte integrante do instituto e é constituído por quatro pisos de internamento, sendo que o estágio foi realizado no quarto piso, onde atualmente desempenha funções. Neste serviço é proporcionado internamento geriátrico especializado de elevado e permanente nível de vigilância, a todos os seus beneficiários num ambiente promotor de autonomia e resolução de problemas de saúde de forma personalizada. Dispõe de uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeuta

da fala, assistentes sociais, psicólogos, auxiliares de ação médica e pessoal administrativo.

Os principais problemas de saúde dos idosos internados neste piso são as sequelas de AVC, demências, alterações cardíacas, fraturas, entre outras. No ano de 2015 verificou-se no serviço, a ocorrência de 67% de quedas (1,5 quedas/ano por utente). Dos 33 utentes internados, a média das idades é de 88 anos, maioritariamente do sexo feminino e não há um registo do padrão de quedas que permita determinar as suas causas ou as circunstâncias em que ocorreram.

### **3.3. Finalidade e objetivos**

De modo a identificar a melhor evidência científica para consecução do projeto, face ao diagnóstico da situação, recorreu-se à estratégia PICO para a construção da questão norteadora de investigação: quais as estratégias de enfermagem para prevenção da queda (C) no idoso (P) institucionalizado (Co)?

Foi desenvolvido um protocolo *scoping review*, de forma a identificar as estratégias de enfermagem para a prevenção de quedas nos idosos.

Recorreu-se à plataforma eletrónica *EBSCOhost* e fez-se pesquisa nas bases de dados eletrónicas *Medline complete*, *Cinahl complete* e *Cochrane (Database of Systematic Reviews e Central Register of Controlled trials)* com os seguintes descritores: *older people; older adults; elderly; aged; risk factors of falls; fall intervention; fall prevention; fall reduction strategies; nurs\*; long term care; nursing homes e residential facilities*, utilizados em diferentes combinações.

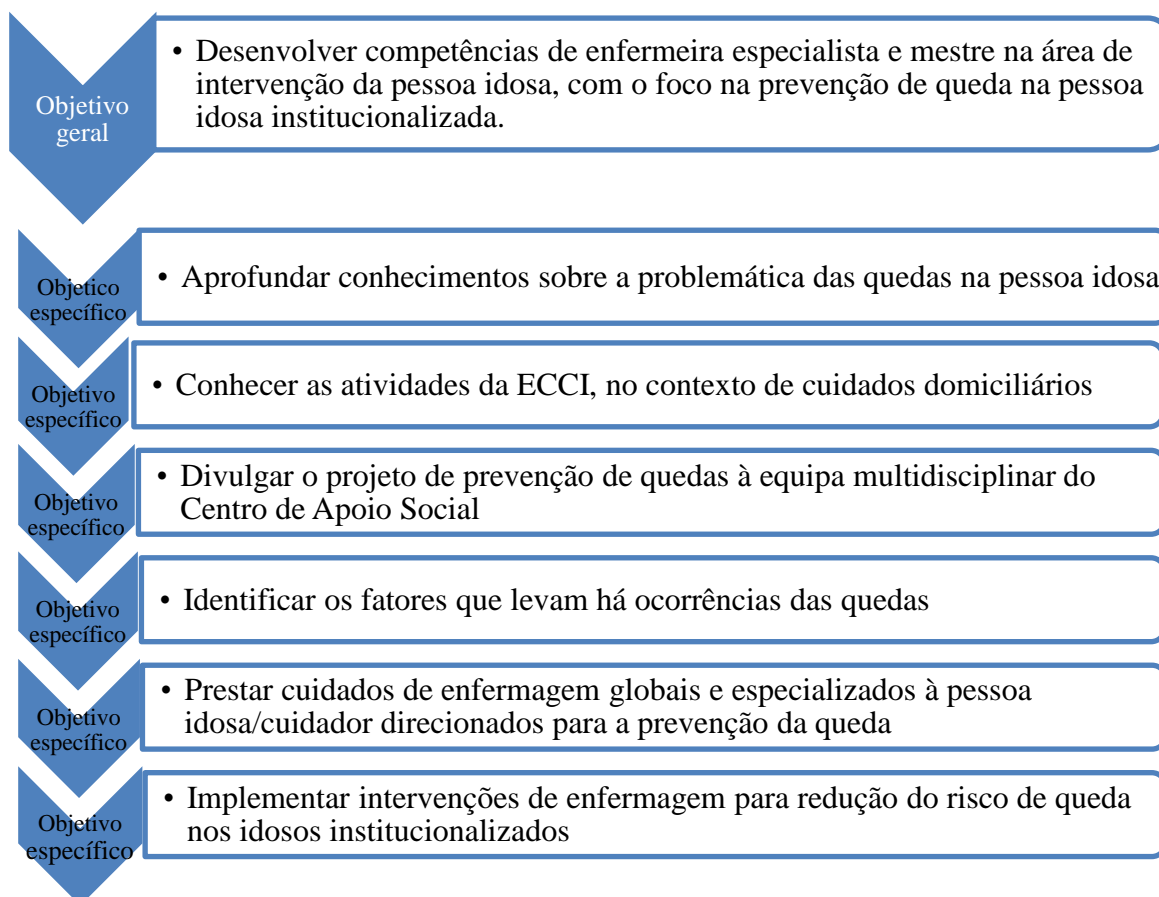
Os limitadores de pesquisa incluíam pesquisa em modo booleano/frase; artigos científicos publicados em inglês ou português, com acesso ao texto integral; resumo disponível; friso cronológico de janeiro de 2010 até à atualidade; prática baseada na evidência e com faixa etária da pessoa idosa com 65 ou mais anos de ambos os sexos.

Como critérios de exclusão consideramos estudos e artigos de revisão anteriores a 2010, que não respondessem à questão norteadora do projeto nem aos critérios de inclusão definidos.

Pela combinação dos descritores acima mencionados e com a aplicação dos limitadores da pesquisa, foram obtidos 281 artigos dos quais foram selecionados 93 após leitura do título. Após leitura integral desses artigos, foram incluídos 13 estudos,

por corresponderem aos critérios definidos, sendo apresentando o resumo destes estudos, no apêndice 1.

De forma a dar resposta à questão de partida, definida no projeto de estágio (apêndice 2) foram definidos os seguintes objetivos.



### 3.4. Planeamento de atividades e indicadores de avaliação

Para atingir os objetivos definidos elaborou-se um plano de atividades com respetivos indicadores de avaliação (Apêndice 2). Pretende-se assim, com o alcançar destes objetivos, a melhoria dos cuidados prestados aos utentes idosos abrangidos pelo projeto, que queremos ver traduzidos pela redução do número de quedas para cerca de 50% em cada ano, indo ao encontro das metas traçadas pelo Plano Nacional de Segurança dos Utentes (2015-2020), face aos atuais 67% registados no ano de 2015 e, também, que as lesões resultantes das quedas tenham menores consequências para a população e menores custos, com a implementação das estratégias para a prevenção de queda na pessoa idosa institucionalizada.

### **3.5. Questões éticas e deontológicas**

Salienta-se como aspeto importante neste percurso, o respeito pelo cumprimento das normas ético-deontológicas, preconizadas nas competências Comuns do Enfermeiro Especialista, relativamente à proteção da confidencialidade, privacidade e respeito da pessoa idosa e família (OE, 2010).

Foi igualmente solicitada autorização à direção da instituição, para a implementação do projeto de estágio, sendo esta apresentada em anexo (Anexo IV).



## **4. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS**

Enfermeiro Especialista é

o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” e que “decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. (OE, 2010, p.2)

No decorrer deste capítulo, procurámos fazer uma análise e reflexão do percurso realizado na aquisição, desenvolvimento e consolidação destas competências inerentes ao enfermeiro especialista e mestre, durante o percurso de estágio realizado com base no projeto apresentado, para alcançar estádios mais avançados de competências, tais como:

- Competências comuns de enfermeiro especialista, no desenvolvimento de capacidades nos domínios da responsabilidade profissional, ético, legal, da melhoria da qualidade, na gestão de cuidados e de desenvolvimento de aprendizagens profissionais (OE, 2010).
- Competências comuns de enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica vertente pessoa idosa, para prestar cuidar às pessoas idosas em situação de doença crónica e/ou agudizada e sua família em contexto intra e extra hospitalar, (ESEL, 2014).
- Competência de enfermeiro mestre, na capacidade de análise do conhecimento que sustenta a prática de enfermagem, nas suas dimensões ética, política, histórica, social e económica, e no desenvolvimento de projetos que promovam a reflexão, questionamento de práticas e paradigmas de enfermagem e processos de inovação (ESEL, 2014).

### **4.1. Desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista e Mestre**

Os enfermeiros especialistas partilham um grupo de domínios e competências comuns, diferenciando-se pelas competências específicas. Com base no definido por Benner (2001), a experiência individual acarreta um conhecimento clínico que é conseguido ao longo do tempo pela experiência da prática de enfermagem e inerente aquisição de competências, em qualquer que seja o nível de desenvolvimento do enfermeiro.

O enfermeiro especialista e mestre aprimora a capacidade para o pensamento crítico em enfermagem necessário ao cuidado de saúde, cada vez mais complexo, em casa, nas instituições para idosos, hospitais e clínicas privadas e públicas, dos quais o enfermeiro, cada vez mais, assume a responsabilidade (Bevis & Watson, 2005).

Neste contexto, a Ordem dos Enfermeiros (2010a) define quatro os domínios de Competências do Enfermeiro Especialista nomeadamente: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade dos cuidados; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, concretizando:

as Competências específicas são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. (OE, 2010a, p.3)

Também o regulamento do mestrado da ESEL (2014) refere que o Enfermeiro Especialista e Mestre esteja capacitado para:

- Analisar e criticar o desenvolvimento do conhecimento que sustenta a prática de enfermagem;
- Desenvolver uma compreensão aprofundada do discurso contemporâneo sobre saúde, doença e cuidados / tratamento e suas implicações na política de saúde, organização da assistência e prática dos profissionais de saúde;
- Analisar as dimensões éticas, políticas, sociais e económicas da sua prática;
- Aplicar os conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas, em diferentes áreas da prática clínica;
- Desenvolver projetos que refletem e questionam as práticas existentes e paradigmas ao nível da enfermagem;
- Desenvolver processos de inovação nas práticas de cuidados (ESEL, 2014).

Ponderando sobre a necessidade de aquisição das competências descritas, e com base nos objetivos e atividades planeadas (Apêndice 2), segue-se a reflexão sobre o percurso desenvolvido, fazendo um balanço do que inicialmente foi projetado, alcançado, dos resultados obtidos, das competências adquiridas e das dificuldades sentidas.

#### **4.2. Descrição e reflexão sobre o contributo das atividades desenvolvidas para a aquisição de competências esperadas**

De acordo com o objetivo geral do projeto, apresentado no apêndice 2, o desenvolvimento e aquisição de competências do Enfermeiro Especialista e Mestre na área de intervenção da pessoa idosa, nomeadamente, na prevenção de queda na pessoa idosa institucionalizada, foram delineadas atividades em conformidade com os objetivos propostos, de modo a adquirir as competências desejadas. Em seguida, são apresentados os objetivos e descritas as atividades e contributos adquiridos.

**Objetivo específico** – Integrar a Equipa de cuidados Continuados Integrados (ECCI) em contexto domiciliário e apresentação do projeto de prevenção de quedas à equipa.

O primeiro período do estágio decorreu na ECCI. De acordo com o guia da ECCI (2016), esta tem como missão, responder às necessidades globais do utente com dependência (transitória ou crónica) e sua família e/ou cuidador, através da prestação de cuidados no domicílio, de forma personalizada, trabalhando em parceria e articulação com outros recursos da comunidade. O ingresso na ECCI é feito através da referenciação das Equipas de Gestão de Altas (EGA) do hospital de agudos, das Unidades de Saúde Personalizados (UCSP), das Unidades de Saúde Familiar (USF) e de outras unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Segundo a informação do enfermeiro especialista e do que foi dado a observar, a metodologia de trabalho de enfermagem tem como base a filosofia de gestor de caso. Este é o responsável por “um processo sistemático de avaliação, planeamento, coordenação de serviços, encaminhamentos, e monitorização que vai ao encontro das múltiplas necessidades de serviços dos utentes” (Freire, 2013, p. 21). A autora defende ainda, que os enfermeiros devem ser os gestores de caso no seio das equipas multidisciplinares, sendo estes os principais responsáveis por articular a coordenação dos serviços de enfermagem com as restantes áreas.

O gestor de caso na ECCI organiza e programa a primeira visita domiciliária da equipa multidisciplinar; elabora e atualiza o Plano Individualizado de Intervenção Multidisciplinar (PIIM); acompanha todo o processo de cuidados do utente/família/cuidador durante a sua permanência na ECCI; gere a permanência do

utente na ECCI assegurando a articulação com outros recursos da comunidade de forma a dar continuidade ao processo de cuidados do utente/família/cuidador. E, ainda, promove e participa nas reuniões multidisciplinares<sup>2</sup>.

Através da experiência na visita domiciliária, verificou-se que os planos de cuidados se tornam mais ajustados aos recursos do próprio utente/família/cuidador, permitindo o desenvolvimento de uma relação de proximidade, facilitadora da tomada de decisão relacionada com as intervenções mais adequadas às necessidades de saúde identificadas.

A visita domiciliária pode ser entendida como “um instrumento de proximidade aos habitantes de uma localidade, que permite uma visão holística das famílias alvo dos cuidados de saúde, potenciando melhores estratégias para que se mudem padrões de comportamento e se promova uma melhor qualidade de vida (Abreu, s.d., p.1).

Durante a visita domiciliária, enfermeiro desenvolve uma relação de confiança conducente ao planeamento de cuidados personalizados, de acordo com a tomada de decisão do utente/família/cuidador. Conforme Nunes (2007) refere, a Ordem dos Enfermeiros no exercício profissional de enfermagem requer que a tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício autónomo implique uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade).

A necessidade de alterar o ambiente doméstico é negociada cuidadosamente, pois sabe-se que, por exemplo, o tapete é um objeto cultural e adjacente a ele estão inúmeros sentimentos e valor sentimental, pelo que cabe ao enfermeiro especialista, saber argumentar de forma consistente sobre os perigos do uso do tapete e, sendo da sua competência saber avaliar, negociar e conseguir alterar estes hábitos.

Durante este período de estágio, a integração na equipa, foi possibilitada pelo conhecimento da constituição, estrutura, dinâmica e missão da equipa. Esta integração permitiu-nos a participação nas atividades desenvolvidas, sendo de salientar as sessões de educação para a saúde, na área da saúde escolar (esclarecimento do que é a diabetes e como atuar face aos estudantes com esta doença), preparação para o parto (assistir à sessão de preparação para o parto) e na área da saúde do idoso, assistindo à formação sobre alimentação do idoso, dirigida aos enfermeiros da ECCI.

A participação nas referidas sessões foi conducente ao maior conhecimento sobre as atividades na área da prevenção da saúde na ECCI a nível dos três grupos mais

<sup>2</sup>) Notas do enfermeiro especialista.

vulneráveis, como são as crianças, grávidas e idosos. Ainda a sessão de formação sobre alimentação do idoso, contribuiu para o desenvolvimento do conhecimento sobre a alimentação complementar daquele grupo, sendo que um idoso desnutrido está mais vulnerável às quedas. No estudo de Schols *et al* (2013), desenvolvido na Holanda, verificou-se que a desnutrição do idoso aumenta o risco de queda, pelo que consideram que é importante implementar medidas nutricionais nos programas de prevenção de quedas, sendo um recurso a potenciar para a prevenção destas.

Da participação nas visitas domiciliárias, sublinha-se como vantagem do modelo organizacional de cuidados de enfermagem, de “gestor de caso”, a proximidade entre o utente/família/cuidador e o profissional de referência. Este promove a prestação de cuidados de saúde holísticos à pessoa e família e a sua continuidade, uma vez que o enfermeiro tem um conhecimento mais realista do *habitat* de cada utente/família (Abreu, s.d). Por exemplo, conhece os hábitos do utente, os recursos existentes, entre outros.

Sendo a Enfermagem considerada uma disciplina de ciência e arte de cuidar, e de acordo com os vários autores consultados, apoia a sua prática no modelo teórico de Betty Neuman, orientado para o cuidado com a pessoa como ser único em que o todo não pode ser dissociado em partes. Nesta perspetiva o cuidar representa o encontro e acompanhamento entre o Eu (enfermeiro) e o Outro (utente). Segundo Hesbeen (2000), esta díade é construída numa perspetiva de direcionar o cuidado para a pessoa/família que, de acordo com Neuman & Fawcett (2011), a capacita para reagir aos *stressores* do meio envolvente de forma a atingir o equilíbrio no seu processo de saúde-doença.

No sentido de melhor ancorar o processo do cuidado holístico, realizou-se um estudo de caso de um utente/família que acompanhamos em visita domiciliária, apresentado no apêndice 3. A realização deste estudo de caso possibilitou uma intervenção humanizada uma vez que nos permitiu melhor conhecimento do contexto de vida da pessoa alvo do nosso estudo, conforme o modelo teórico de Neuman.

Também a participação em reuniões multidisciplinares que tinham como finalidade discutir a situação clínica dos utentes/família/cuidadores, permitindo desenvolver o pensamento crítico nas diferentes vertentes dos cuidados de saúde e a conjugação do mesmo na elaboração do processo de enfermagem personalizado. Segundo Greco (2009), o pensamento crítico desenvolve o ato de refletir, ou seja, de análise crítica face ao contexto onde se desenvolve a intervenção de enfermagem.

De acordo com os pressupostos do modelo de Betty Neuman, o enfermeiro deve olhar para a pessoa alvo de cuidados holísticos, perspetivando-a como um ser multidimensional, considerando-a como um todo, em constante interação com o ambiente que o rodeia, sobretudo com os fatores envolventes causadores de *stress*. Este modelo caracteriza-se pela interação, no sistema aberto, dos subsistemas pessoa, enfermeiro e ambiente, no qual se desenvolve a relação e estão em permanente troca de energias e de informação entre si, tendo como finalidade satisfazer as necessidades do utente/família. Com este modelo pretende-se que a pessoa se torne o mais autónoma possível e desenvolva um processo de envelhecimento saudável (Tomey & Alligood 2004).

O modelo do enfermeiro gestor de caso facilita a abordagem holística ao idoso e família, reconhecendo os fatores causadores de *stress* no seu ambiente doméstico, procurando capacitar a pessoa para reagir a estes fatores no sentido de atingir o equilíbrio do seu processo de saúde-doença.

No desenvolvimento dos aspetos éticos e deontológicos exigidos na profissão, teve-se a oportunidade de desenvolver a postura/pensamento ético face às questões levantadas durante a participação em reuniões de discussão de casos clínicos, como por exemplo um caso clínico de uma utente que teria lesões cutâneas com a possibilidade de contágio. De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (2005, p. 59) “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”. Sendo o enfermeiro responsável na comunidade pela promoção e prevenção da saúde, assume o dever e responsabilidade de conhecer o estado de saúde da população e/ou da comunidade, identificando os problemas de saúde e definindo soluções para os mesmos, em colaboração com os outros profissionais, através da estruturação de programas que respondam às necessidades vigentes da comunidade.

No artigo 81º, o enfermeiro, no seu exercício, assume o dever de “salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social, e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida” (Código Deontológico do Enfermeiro, 2005, p. 89).

A divulgação do projeto à equipa multidisciplinar, atividade planeada para este estágio (Apêndice 2) decorreu nos primeiros dias de estágio com a apresentação do projeto, discussão dos objetivos e atividades planeadas.

Das atividades planeadas, concluiu-se não ser oportuno a realização do folheto informativo sobre a prevenção da queda do idoso no domicílio porque a ECCI não o considerou pertinente. Para colmatar este aspeto foi dada informação personalizada nos domicílios aos utentes com 65 e mais anos, não sendo possível obter os resultados desta intervenção. O tipo de informação disponibilizada foi registado no processo do utente.

Segundo refere Baixinho & Dixe (2014), o enfermeiro, ao identificar os fatores de risco e minimizar o seu impacto através de medidas preventivas, pode reduzir a ocorrência de quedas e as sequelas inerentes, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados prestados e melhorar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Também Feliciani, Santos & Valcarenghi (2011), defendem que os locais por onde o idoso circula devem ter, preferencialmente, pisos antiderrapantes, lisos, com cor uniforme, sem tapetes soltos e livres de objetos que possam confundir a visão/perceção do idoso e ocasionar quedas.

Em síntese, conseguiu-se atingir o objetivo proposto, conhecendo as atividades da ECCI no contexto de cuidados domiciliários. Pode-se afirmar que 100% dos enfermeiros da ECCI tiveram conhecimento do projeto e foi ainda, realizado um estudo de caso (Apêndice 3), conforme planeado. As notas de trabalho de campo, por ficarem apenas aos processos dos utentes, e o folheto informativo não são apresentadas pelas razões acima mencionadas. Foram também desenvolvidas atividades no âmbito da educação para a saúde materno-infantil, saúde escolar e do idoso, com a participação em sessões de formação, que consideramos uma mais-valia para o desenvolvimento e enriquecimento pessoal e profissional no que respeita às diferentes vertentes contempladas para a aquisição de competências como enfermeira especialista e mestre.

**Objetivo específico** – Divulgar o projeto de prevenção de quedas à equipa multidisciplinar do Centro de Apoio Social, determinação do risco de queda, elaboração do guia orientador para o registo e monitorização de quedas.

No segundo período de estágio que decorreu no Instituto de Ação Social, e uma vez que a equipa de enfermagem era constituída por um número reduzido de profissionais, o projeto de estágio “Prevenção de Queda no Idoso Institucionalizado” foi divulgado nos momentos de passagem de turno e, posteriormente, divulgado para a restante equipa multidisciplinar de forma individual.

Para efetuar o registo e monitorização de quedas, foi reformulado um instrumento de colheita de dados existente num dos pisos do Centro de Recuperação, em conjunto com a equipa de enfermagem, e aplicado no serviço (Anexo III). Todos os enfermeiros tiveram conhecimento da existência deste instrumento de colheita de dados, após as passagens de turno, e passaram a preenche-lo sempre que se verificava uma queda, bem como anotavam o episódio da queda, nos registos de enfermagem.

A importância dos registos de enfermagem é reconhecida atualmente e indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados, sendo igualmente um veículo de comunicação dos aspetos resultantes deste processo de cuidados, e também para elevar a visibilidade da enfermagem junto dos utentes e famílias (Martins *et al*, 2008). Os mesmos autores (Martins *et al*, 2008, p.6) “referem que estes devem ocupar um lugar de destaque, sendo insubstituíveis no dia-a-dia de qualquer enfermeiro, independentemente do local onde ele exerce a sua atividade.” Neste seguimento, a OMS menciona que “Cuidar não dispensa a escrita” devendo estes registos existir como uma realidade diária do trabalho do enfermeiro (Martins *et al*, 2008).

De acordo com Figueiroa-Rego “Se a enfermagem quer demonstrar o seu valor, os enfermeiros necessitam ter o conhecimento e a capacidade para gerir adequadamente a informação...” (Goossen *apud* Figueiroa-Rego, 2003, p.39).

No referido instrumento de registo de quedas é feita a descrição do local, data, hora, consequências resultantes e, também, as circunstâncias em que ocorreu esse evento (Anexo III). As quedas são eventos adversos e o seu registo é de extrema importância para a organização, planeamento e execução do processo de trabalho em saúde, especialmente no ambiente institucional. Segundo afirma Martins *et al* (2008), os registos devem respeitar a pessoa e a natureza dos cuidados de que é alvo, a fim de espelhar a individualização do cuidado.

O registo de quedas foi realizado no impresso próprio, de acordo com o que foi enunciado na atividade anterior, no processo de enfermagem do utente, em notas de enfermagem, tendo-se verificado que todos os enfermeiros fizeram os registos da queda nos documentos acima definidos.

Vários autores reforçam a importância de fazer a demonstração completa do incidente ou como o residente foi encontrado, a posição em que se encontrava, a sua proximidade a quaisquer objetos ou móveis e, a realização de uma avaliação detalhada de lesões: localização, aparência, tamanho, forma e profundidade. Referem, também,



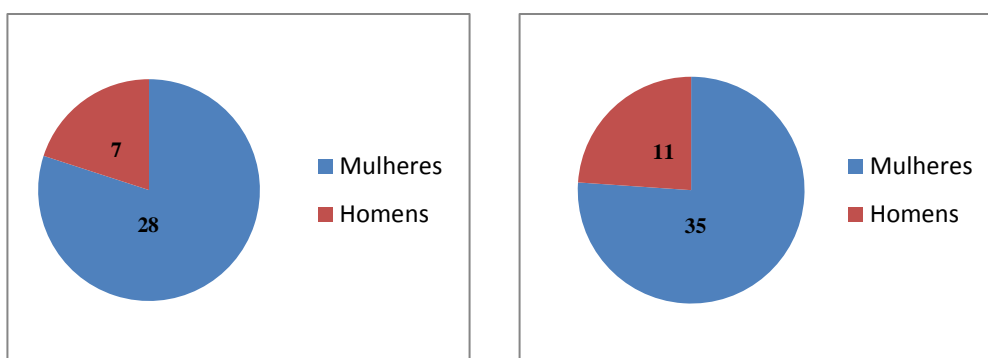
que mais de metade das segundas quedas ocorre em circunstâncias semelhantes à primeira queda (Hill & Fauerbach, 2014, Nitz *et al*, 2012).

Para determinação do risco de queda recorreu-se a um dos instrumentos mais citados e recomendados na literatura, a Escala de Quedas de Morse (MFS) tendo sido consultado Costa-Dias & Ferreira (2014), que também realizou um estudo neste contexto. Após ter solicitado autorização da autora Janice Morse e seguir as suas recomendações, conforme anexo I, foi utilizado este instrumento para determinação do risco de queda no idoso.

A escala de Morse tem 6 parâmetros que resultam num score máximo de 125 pontos. Consoante a pontuação obtida, o utente é classificado com um nível de baixo risco (*score* de 0 e 24 pontos); médio risco (*score* de 25 a 50 pontos) e alto risco (*score* igual ou superior a 51 pontos) (Morse, 2009).

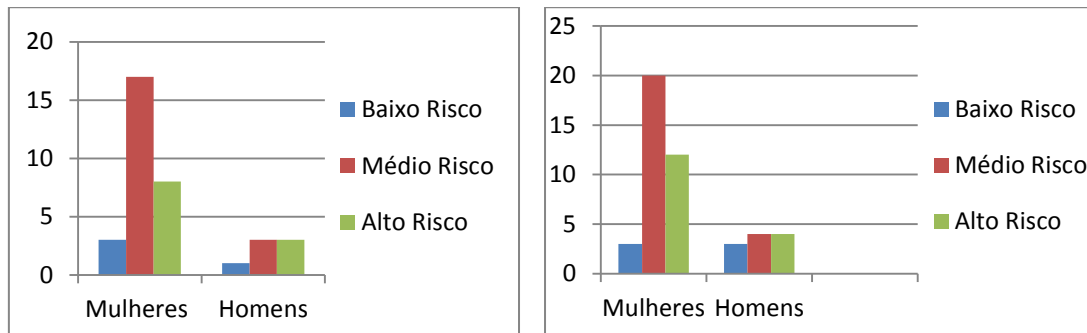
O gráfico 1 mostra a distribuição da população residente no início do período deste estágio e no final. Embora o estágio tenha terminado a 10 de Fevereiro, os dados apresentados referem-se ao final de cada mês. A amostra é maioritariamente feminina, sendo representada por 35 utentes em Outubro, dos quais 28 são do sexo feminino e 7 do sexo masculino. Em Fevereiro registou-se uma amostra de 46 utentes, mantendo as mesmas tendências, constituída por 35 utentes do sexo feminino e 11 do sexo masculino.

**Gráfico 1** - Distribuição da população por sexo, entre Outubro de 2016 e Fevereiro de 2017.



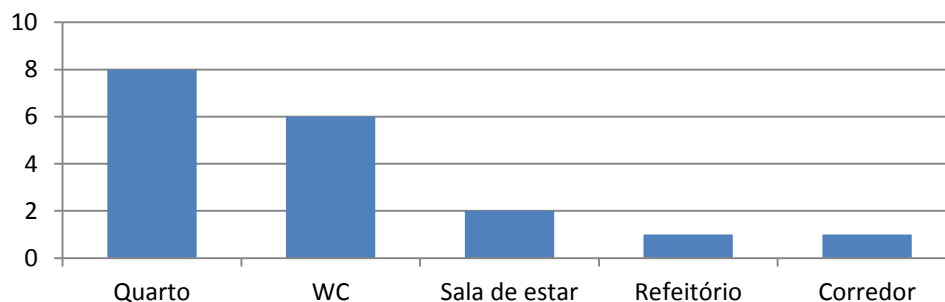
Relativamente à determinação do risco de queda, o gráfico 2 faz referência ao risco de queda existente no início e final do período em estudo.

**Gráfico 2** - Determinação do risco de queda por sexo, em Outubro de 2016 e Fevereiro de 2017, respetivamente.



Quanto à determinação do risco de queda, manteve-se idêntico o risco de queda antes e após o período em estudo, sendo que a população feminina é maioritária e apresenta o maior risco de queda. Em relação ao número de quedas, verificou-se a ocorrência de 18 eventos de queda durante o período de estágio, sendo a sua frequência mais elevada no quarto, cerca de 44% das quedas (oito quedas), seguindo-se o WC com aproximadamente 33% dos registos de queda (seis registos), e tanto no refeitório como no corredor, verificou-se a ocorrência uma queda em cada local, correspondendo a cerca de 6% das quedas ocorridas (gráfico 3).

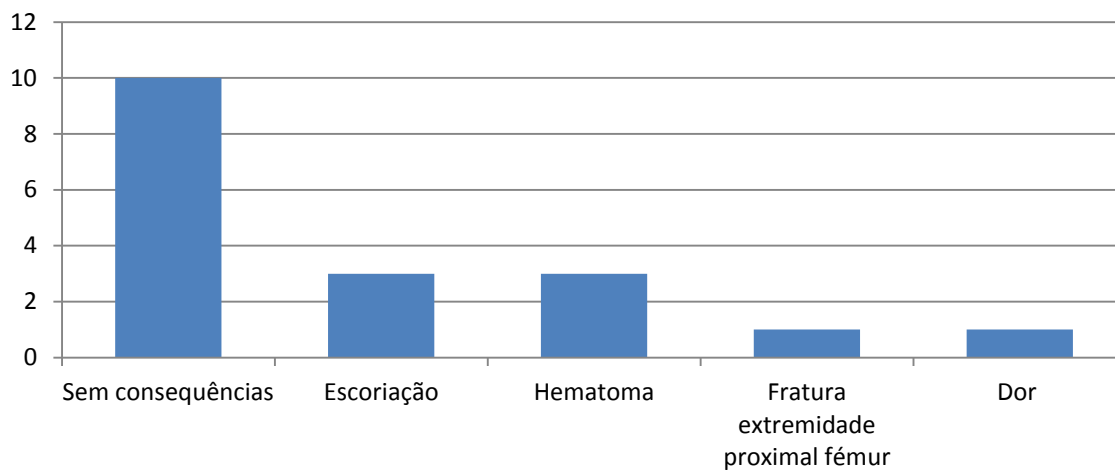
**Gráfico 3** - Determinação do local onde ocorreu a queda.



O gráfico 4 apresenta as consequências resultantes da queda. As escoriações e os hematomas são frequentes, sendo relatados em três eventos cada. De acordo com o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) (2013), 10 a 25% das quedas resultam em fraturas, lacerações ou cuidados hospitalares. Ainda segundo estes autores, a fratura da extremidade proximal do fémur é a mais comum como resultante da queda,

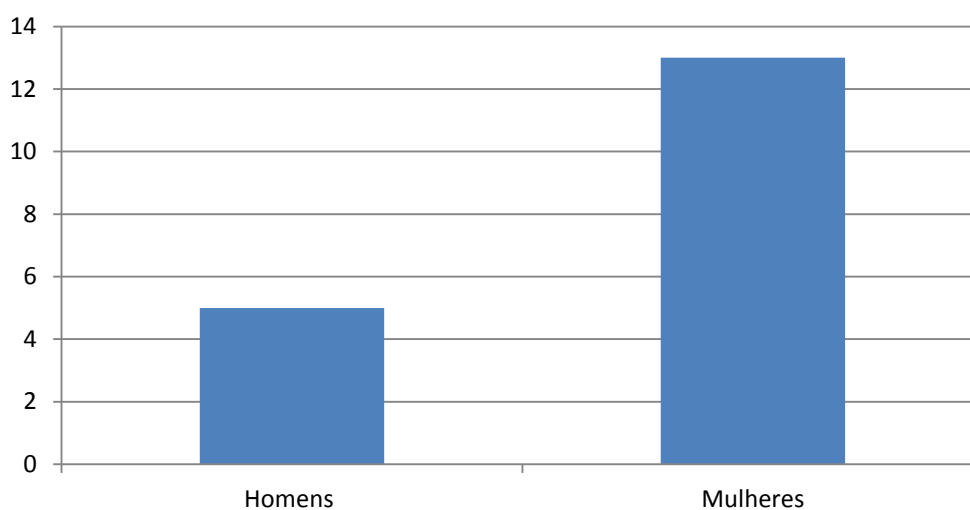
verificando-se que uma das quedas resultou numa fratura da extremidade proximal do fémur.

**Gráfico 4** - Consequências resultantes da queda.



No gráfico 5 é exposto o número de quedas em função do sexo. Verifica-se que as quedas ocorrem em maior número no sexo feminino, no entanto o sexo masculino apresenta maior número de quedas recorrentes, conforme ilustra a tabela 1.

**Gráfico 5** - Determinação do número de quedas por sexo, de Outubro de 2016 a Fevereiro de 2017.



**Tabela 1** - Número de quedas ocorridas por sexo, idade e consequências resultantes, durante o período de estágio.

| Sexo        | Idade | N.º Quedas | Consequências              |
|-------------|-------|------------|----------------------------|
| Masculino 1 | 88    | 3          | Sem consequências          |
| Masculino 2 | 85    | 2          | Escoriações                |
| Feminino 1  | 82    | 2          | Sem consequências/Hematoma |
| Feminino 2  | 86    | 1          | Escoriação joelho          |
| Feminino 3  | 94    | 1          | Fratura do fêmur           |
| Feminino 4  | 73    | 1          | Sem consequências          |
| Feminino 5  | 94    | 1          | Sem consequências          |
| Feminino 6  | 84    | 2          | Sem consequências          |
| Feminino 7  | 94    | 1          | Sem consequências          |
| Feminino 8  | 94    | 1          | Sem consequências          |
| Feminino 9  | 90    | 1          | Sem consequências          |
| Feminino 10 | 76    | 2          | Dor/ Hematoma supraciliar  |

Relativamente aos resultados obtidos, pode-se concluir que concretizamos as diferentes atividades elencadas para este objetivo (Apêndice 2), sendo que, em relação aos indicadores de avaliação, salientamos os resultados em gráficos e tabelas apresentadas do decurso do texto anterior.

**Objetivo específico** – Identificar fatores causadores da queda e definição de estratégias a implementar pela equipa.

Para a consecução deste objetivo, foi necessário fazer uma revisão *scoping* da literatura de forma a melhor definir o problema em estudo e conhecer o estado da arte da temática da queda na pessoa idosa institucionalizada, salientando-se no apêndice 1 os estudos incluídos, tendo como referência a questão norteadora do projeto apresentada no capítulo 3.

Esta revisão permitiu tornar consistente o quadro conceptual do Modelo de Betty Neuman assim como aprofundar conhecimentos sobre a temática “queda do idoso institucionalizado”.

Segundo a OE (2010), o enfermeiro especialista é aquele que tem conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem. Também o Código Deontológico do Enfermeiro (2005, p.133) refere a importância de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”.

Daí a necessidade de um conhecimento mais aprofundado sobre a temática das quedas e da sua epidemiologia.

A avaliação do risco de queda deverá ocorrer na admissão do doente, quando ocorre uma mudança na sua condição, depois de uma queda e periodicamente, dependendo da situação do doente e das políticas e procedimentos, definidas por cada organização (Costa-Dias & Ferreira, 2014). A Sociedade Americana de Geriatria (2010) recomenda a avaliação anual do risco de queda a todas as pessoas com 65 ou mais anos, recorrendo aos instrumentos necessários para avaliar a marcha, o equilíbrio e o medo de cair.

Já as recomendações NICE (2013) apontam algumas diretrizes na prevenção de quedas, nomeadamente a avaliação multidimensional com intervenções adequadas e corretivas, tendo o seu foco na função cognitiva e na capacidade de executar as atividades de vida diárias, dando orientações sobre os riscos de quedas e suas consequências.

Ainda Sakamoto *et al* (2012) fizeram um estudo no Japão onde pretendiam investigar os efeitos da estimulação olfativa de lavanda na incidência de quedas em idosos residentes em casas de repouso. Verificaram que a estimulação olfativa de lavanda pode reduzir quedas e agitação em idosos residentes, havendo uma menor taxa de incidência de quedas no grupo de lavanda (1,04 por ano/pessoa) face ao grupo de placebo (1,40 por ano/pessoa).

Noutro estudo também realizado no Japão, por Hasegawa, Kuzuya & Iguchi (2010) foram examinar a associação entre os vários tipos de quedas e a incontinência urinária/sintomas comportamentais. A análise multifatorial revelou que a incontinência urinária e os sintomas comportamentais eram fatores de risco independentes de quedas. Concluíram que o tratamento da incontinência urinária e dos sintomas comportamentais devem ser considerados para prevenir quedas nos residentes.

A eficácia de programas de prevenção de quedas em idosos residentes em unidades de cuidados de longa duração, foi comprovada por Neyens *et al* (2011),

verificando a redução significativa nas taxas de quedas (27% a 49%). Os autores apuraram que os programas multifatoriais significativos na redução de quedas incluem uma avaliação individual estruturada com recomendações específicas de segurança que incluem estratégias gerais e específicas adaptadas aos residentes como a adaptação, o treino de equilíbrio, a resistência e os protetores de anca. Outros programas individuais eficazes incluem os suplementos de Cálcio e Vitamina D e a revisão terapêutica, apoiando as conclusões de Gillespie *et al* (2010).

Na Austrália, também Nitz *et al* (2012) mediram o impacto na redução de quedas após a implementação de intervenções de prevenção de quedas. As intervenções focaram-se nas modificações ambientais (camas baixas e cadeiras ajustáveis na altura, alarmes, remoção de perigos e protetores de anca), que culminaram numa redução significativa de quedas por local. No entanto, concluíram que, através das intervenções realizadas, os funcionários adquiriram maior compreensão do que constitui uma queda e dos fatores que podem ter implicações no aumento dos eventos relatados. Apesar de não reduzir o número de quedas, o número de pessoas em risco foi reduzido, pelo que este estudo pode ser considerado como suficiente para reivindicar algum sucesso a partir da abordagem de um programa de prevenção de quedas.

Do mesmo modo Choi & Hector (2012) verificaram a eficácia dos programas de prevenção de quedas em idosos. Similarmente, Cameron *et al* (2010) também avaliaram a eficácia das intervenções para reduzir as quedas de pessoas idosas em unidades residenciais para idosos e hospitais. Concluíram que o uso de vitamina D é eficaz como intervenção individual, tal como concluiu Neyens *et al* (2011). Intervenções multifatoriais não mostraram uma redução significativa na taxa de quedas ou risco de queda, mas houve uma redução significativa nas fraturas da extremidade proximal do fémur. Intervenções múltiplas de exercício físico mostraram eficácia na redução significativa na taxa de quedas. No entanto, alguns programas de prevenção de quedas em unidades residenciais que visam múltiplos fatores de risco individuais podem ser eficazes. A reconciliação terapêutica parece reduzir a taxa de quedas. Os programas de exercício físico para idosos frágeis devem ser cuidadosamente avaliados, sob o risco de aumentar a queda. Monitorizar a taxa de quedas é importante antes e após a implementação de uma intervenção porque pode aumentar o número de quedas.

Neste sentido, Vlaeyen *et al* (2015) concluíram que as intervenções multifatoriais reduzem significativamente o número de quedas recorrentes, enquanto as

intervenções únicas ou múltiplas, não. Nas suas conclusões, os programas de prevenção queda multifatoriais podem reduzir o número de quedas e quedas recorrentes, ao passo que as intervenções individuais, tais como a educação, pode ter um efeito prejudicial.

No entanto, Teresia *et al* (2013) desenvolveram um estudo no qual verificaram que as intervenções de baixo custo (formação de profissionais) que disseminem as melhores práticas baseadas em conhecimentos científicos, em lares de idosos, podem resultar no potencial de redução de quedas e menos custos na prevenção.

No estudo realizado por Echt *et al* (2013) comparando as taxas de queda nos 7 dias após uma mudança (dosagem ou medicamento) de um antidepressivo, antipsicótico, ou benzodiazepinas, não verificaram alteração significativa nos 7 dias após essa prescrição, pelo que os autores recomendam a importância de monitorizar cuidadosamente os idosos após uma alteração de drogas psicotrópicas para reduzir as quedas.

Ao avaliar o impacto do treino por vibração sobre o risco de quedas em idosos residentes em casas de repouso na Bélgica, Beudart *et al* (2013), durante 3 meses, concluíram que o treino de vibração foi viável, mas parece não ter impacto sobre o risco de quedas nos residentes, sugerindo mais investigações.

Já os trabalhos de Kan (2014), para investigar os efeitos do exercício realizado com bolas, no interior das unidades, e sobre a satisfação com a vida e a prevenção de quedas em idosos, mostraram melhorias significativas no índice de queda e na satisfação com a vida. Embora tivessem recorrido a um número limitado de participantes, o exercício com a bola, deve ser considerado como um método terapêutico para idosos, a fim de melhorar a sua satisfação com a vida e a prevenção de quedas.

Similarmente, Saravanakumar *et al* (2014) verificaram que um programa de tai chi ou ioga é mais eficaz do que atividades habituais de cuidados, na melhoria do equilíbrio, qualidade de vida, experiência de dor e na redução do número de quedas. Este estudo sugere que é possível implementar, com segurança, exercícios de ioga e tai chi em idosos institucionalizados, que são frágeis e dependentes com limitações físicas e cognitivas.

Ainda Schols *et al* (2013) no seu estudo transversal realizado na Holanda exploraram a relação entre a malnutrição, exercício e a queda. Dos participantes, 9,8% tiveram pelo menos uma queda e destes 22,8%, eram desnutridos. Confirmaram a

relação entre desnutrição e a ocorrência de queda, sem interferência da atividade. Apuraram que a desnutrição do idoso aumenta o risco de queda e alertam para a importância de implementar medidas nutricionais nos programas de prevenção de quedas.

Em síntese, a consecução deste objetivo mostrou-se enriquecedora contribuindo para o aprofundamento dos conhecimentos nesta área específica de prevenção da queda no idoso institucionalizado. Pois, só com uma sólida base de conhecimentos é possível ter competência para liderar, formular e implementar medidas, políticas e procedimentos para a prática especializada na prevenção de quedas.

**Objetivo específico** – Prestar cuidados de enfermagem globais à pessoa idosa, contribuindo para a prevenção da queda na pessoa idosa institucionalizada sensibilizando os profissionais de saúde através de sessões de formação.

Para a consecução deste objetivo foram realizadas várias atividades conforme o planeamento do projeto.

A revisão *scoping* permitiu alargar e consolidar os conhecimentos na área da prevenção da queda no idoso institucionalizado, por ser da responsabilidade do enfermeiro, “ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade” (OE, 2010, p.10).

Neste âmbito, foi oportuno realizar duas sessões de formação no serviço sobre estratégias de prevenção de quedas nos idosos institucionalizados de forma a sensibilizar a equipa de cuidados de saúde para a problemática das quedas no referido contexto (Apêndice 4).

Foi ainda oportuno repetir esta formação numa Fundação, sediada em Lisboa e que recebe idosos em Centro de Dia, tendo sido o diagnóstico de necessidade de formação apresentado pela própria instituição que nos dirigiu o pedido para a sua população de idosos (Apêndice 6). Os idosos mostraram muito interesse durante e no final da sessão, colocando várias questões, tendo a sessão sido dada por terminada pelo avançado da hora, não sendo possível realizar mais sessões por nossa indisponibilidade.

A realização destas formações possibilitou a partilha de experiências, conhecimento, educação, reflexão, revisão de casos, reforço de competências, desenvolvimento de boas práticas e identificação de necessidades de formação, bem como contribuiu para os profissionais e idosos estarem mais despertos para os riscos de



queda (sendo exemplo as chamadas informais de atenção face a possíveis riscos de queda).

Na prestação de cuidados diretos à pessoa idosa foi possível aplicar medidas para prevenir a queda, tais como a aplicação da escala de avaliação do risco de queda de Morse e de avaliação multidimensional do idoso, posicionar as camas num plano mais baixo, manter os espaços livres e desocupados, manter o chão seco, limpo e sem resíduos, iluminação adequada, manutenção do equipamento como cadeiras de rodas, cadeiras de banho, elevadores, entre outras.

Verificou-se, no entanto, no decorrer da prática de cuidados, que por vezes algumas das estratégias implementadas para a redução de quedas não eram cumpridas, pelo que foi feito o reforço de informação sobre as medidas de segurança aos profissionais e alertados os responsáveis pela manutenção dos equipamentos da instituição.

No entanto, porque a instituição se encontra em reestruturação com uma elevada rotatividade de funcionários, este processo de aquisição e transmissão de conhecimentos não foi tão eficaz quanto o esperado. Mesmo neste contexto, observou-se profissionais a reforçarem as medidas de prevenção de queda, valorizando, assim, a partilha de conhecimentos para uma prática de cuidados mais segura.

Torna-se importante planejar, implementar e avaliar medidas preventivas para a deambulação segura, por mais tempo e com a participação e envolvimento da equipa multidisciplinar. Nos estudos incluídos pela revisão *scoping* (Apêndice 1), vários autores referem que a implementação de programas de exercícios físicos podem melhorar a força muscular, a marcha e o equilíbrio nos idosos e, consequentemente, reduzir o número de quedas.

Outras medidas podem incluir a avaliação e indicação, quando necessário, de dispositivos auxiliares de marcha e outros dispositivos para correção visual, utilização de calçado e roupas adequadas. O piso irregular, escorregadio e molhado também é identificado consensualmente pela literatura como fator predisponente a quedas (Kan, 2014, Saravanakumar *et al* 2014, Nitz *et al*, 2012, Neyens *et al*, 2011, Menant *et al*, 2008).

Conforme nos descreve a literatura, a redução da força e massa muscular, assim como da diminuição da flexibilidade, naturalmente proporcionadas pelo processo de

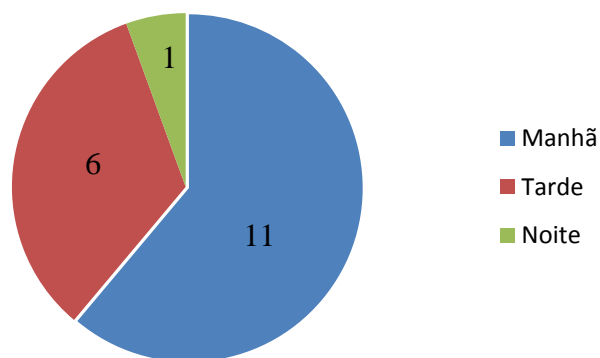
envelhecimento, podem ser fatores limitadores para o desempenho e manutenção da marcha nos idosos.

De forma a corroborar o aludido, Menezes & Bachion (2012) referem que os idosos têm o hábito de acordar mais cedo, iniciando as suas atividades e tarefas diárias pela manhã e estão, assim, mais predispostos a quedas neste período. As autoras defendem ainda, que as quedas ocorrem durante o período da noite e/ou madrugada, pois podem estar relacionadas com a necessidade dos idosos se deslocarem à casa de banho para beber água ou para ir ao sanitário, deparando-se com condições ambientais desfavoráveis, nomeadamente, a iluminação.

Foi solicitado aos funcionários do turno da noite que deixassem as luzes de presença acessíveis, assim como outros bens que os idosos necessitassem durante a noite, os quartos arrumados com os corredores livres e as camas em planos baixos, sendo estas medidas observadas pelos enfermeiros durante os turnos da noite.

No entanto, a maior parte das quedas ocorrem no período da manhã, 61%, seguindo-se o período da tarde com aproximadamente 33% e por último, da noite, com cerca de 6% de quedas, conforme ilustra o gráfico 6.

**Gráfico 6** - Frequência de quedas ocorridas por turno.



É importante, conforme Menezes & Bachion (2012), que os focos de iluminação fiquem ao alcance dos idosos, assim como a água ou outros materiais que venham a ser necessários durante a noite. Os horários de medicação também devem ser ajustados para reduzir os picos de produção de diurese noturna. Estas medidas podem evitar deslocamentos desnecessários nesse intervalo.

De modo a operacionalizar as aprendizagens, foi realizado, à semelhança do primeiro contexto de estágio, um estudo de caso (Apêndice 5), que permite a avaliação multidimensional do idoso, bem como obter um conhecimento mais aprofundado de

uma situação, avaliando-a em todas as dimensões, e permitindo uma intervenção mais personalizada e dirigida às suas especificidades.

Em suma, este objetivo foi parcialmente atingido, pelo que se verificou que o tempo foi um fator limitador, para um período de estágio, uma vez que nem sempre conseguimos os recursos atempadamente. As sessões realizadas próximas do final de estágio tiveram uma boa adesão, não tendo sido possível avaliar a sua eficácia até ao final do estágio. Conseguiu-se identificar fatores de risco de queda, implementar medidas para a sua prevenção e sensibilização dos profissionais de saúde e dos responsáveis da manutenção. Foi solicitada a revisão terapêutica em algumas situações de risco, não sendo possível relacioná-la com o número de quedas, dado o curto espaço de tempo em que decorreu a alteração.

Foram prestados cuidados holísticos e individualizados aos utentes, os quais foram sensibilizados, dentro das suas capacidades cognitivas, para estratégias de prevenção de queda. A todos os utentes cuidados, foi feita a avaliação multidimensional do idoso, com a avaliação do risco de queda com o instrumento de avaliação do risco de quedas de Morse e recorrendo a outros instrumentos de avaliação do idoso aplicados nos estudos de caso e em anexo. Os registos de enfermagem inerentes foram realizados no processo do utente (não sendo possível apresentá-los em apêndice dado as questões éticas que se colocariam).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional tem vindo a ganhar especial importância na sociedade, tanto ao nível dos governantes como dos profissionais de saúde. Perante esta alteração na pirâmide etária, tornam-se necessárias novas abordagens nas diversas áreas do conhecimento, nomeadamente na Enfermagem. O enfermeiro assume um papel preponderante no sentido de criar condições que possibilitem à pessoa idosa fazer face aos problemas que o envelhecimento acarreta. Perante esta situação, é fundamental a existência de enfermeiros especialistas na área da pessoa idosa, dotados de competências diferenciadas, capazes de desenvolver cuidados especializados promotores de um envelhecimento ativo e preventivo.

As pessoas idosas representam um grupo etário com necessidades especiais de cuidados reconhecidos no Plano Nacional de Saúde. A sua segurança é um elemento chave no seu processo de cuidados, mais concretamente no evento da queda e, especialmente, em instituições para idosos. As quedas e os acidentes subadjacentes são um problema de saúde pública, que assumiu elevada pertinência de tal forma que se converteu numa das estratégias prioritárias nas políticas de saúde. Estas são consideradas uma das síndromes geriátricas mais comuns que ameaçam a independência dos idosos, maioritariamente, nos residentes em instituições de longa permanência.

A implementação do projeto de estágio possibilitou o recurso a instrumentos de avaliação, monitorização e registo para a prevenção de quedas. Estes instrumentos mostraram-se uma mais-valia pois possibilitaram observar aspetos que até então passavam despercebidos, tornando-se importantes recursos para os cuidados de enfermagem, tanto para a instituição como na aquisição de competências especializadas na área da prevenção de queda da pessoa idosa institucionalizada.

No entanto, implementação e consecução do projeto foram condicionadas pelas várias barreiras encontradas tais como: as alterações institucionais, dificuldade na resposta às propostas preventivas de queda, entre outras. O período de estágio definido não permitiu uma melhor gestão do tempo e mais eficácia nas atividades desenvolvidas, que possibilitasse uma mudança mais objetiva.

Dos 18 eventos de queda relatados durante o período de estágio, um resultou numa fratura da extremidade proximal do fémur e os restantes com consequências menos significativas. Face aos resultados esperados, uma redução do número de quedas para cerca de 50% por ano, também de acordo com as metas traçadas pelo Plano

Nacional de Segurança dos Utentes (2015-2020), acredita-se que os eventos relatados foram superiores aos relatados no mesmo período do ano de 2015, uma vez que os profissionais estavam mais despertos para esta problemática. Verificou-se ainda que as lesões resultantes das quedas tiveram menores consequências, face ao mesmo período. Embora os resultados obtidos não tenham correspondido totalmente aos resultados esperados, este projeto mostrou-se uma mais-valia na instituição, que ainda tem um longo percurso para desenvolver. De futuro, espero dar continuidade a este projeto, prevendo mais momentos de formação para os novos elementos e introdução de outras medidas de prevenção da queda.

Recorrendo à ferramenta SWOT para análise ambiental dos fatores institucionais, apresentado no apêndice 2, destaca-se o trabalho em equipa, a motivação dos profissionais para a mudança, o estágio no contexto de trabalho e a pertinência do tema como os principais fatores internos facilitadores. A resistência à mudança, limitação no espaço físico e as dificuldades com os recursos humanos, que levam a uma elevada rotatividade de funcionários, foram os principais fatores internos, dificultadores na realização do projeto. Quanto às oportunidades oferecidas, este projeto possibilitou o desenvolvimento pessoal no percurso académico, com orientação tutorial e dos colegas, viabilizando o desenvolvimento de práticas estruturadas para a prevenção de quedas no idoso, onde estas não existiam. As principais ameaças identificadas foram a escassez e rotatividade de recursos humanos, a limitação temporal para desenvolver o projeto e a conciliação da vida profissional/académica com realização atividades com pouco tempo disponível.

Por fim, consideramos ter atingido em geral, os objetivos propostos no planeamento apresentado no projeto. O percurso desenvolvido possibilitou a aquisição consolidação de competências preconizadas pelo Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente Pessoa Idosa, proporcionando o desenvolvimento de um conhecimento estruturado e capacitado para a mobilização de conhecimentos científicos, éticos e técnicos em enfermagem.

Consideramos que a consciencialização dos profissionais de enfermagem sobre esta temática deveria fazer parte do programa da licenciatura, para que todos os profissionais estejam mais despertos para os problemas relacionados com a queda na pessoa idosa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, S. (s.d). *Visitação Domiciliária*. Ordem dos Enfermeiros. Acedida a 06-06-2016. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/VISITA%C3%87%C3%83O%20DOMICILI%C3%81RIA%20Sandra%20Abreu.pdf>
- Almeida, S., Soldera, C., Carli, G., Gomes, I. & Resende, T. (2012). Analysis of extrinsic and intrinsic factors that predispose elderly individuals to fall. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 58, 427-433. Acedido 27-04-2017. Disponível em: [http://ac.els-cdn.com/S2255482312702242/1-s2.0-S2255482312702242-main.pdf?\\_tid=786a3ecc-12da-11e7-bf9c-00000aacb35d&acdnat=1490611699\\_728b0797daa4e269220d0acc30cb4c0a](http://ac.els-cdn.com/S2255482312702242/1-s2.0-S2255482312702242-main.pdf?_tid=786a3ecc-12da-11e7-bf9c-00000aacb35d&acdnat=1490611699_728b0797daa4e269220d0acc30cb4c0a)
- Baixinho, C. & Dixe, M. (2015). Quedas em Instituições para idosos: caracterização dos episódios de quedas e fatores de risco associados. *Revista eletrónica de Enfermagem*, 17 (4). Acedido 14-05-17. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n4/pdf/v17n4a03.pdf>
- Baixinho, C. L. & Dixe, M. A. (2014). Quedas nas Estruturas Residenciais para Idosos - Contributos dos enfermeiros para o desenho de um protocolo de gestão do risco de queda. *Investigação Qualitativa em Saúde*. 2, 27 – 32.
- Baixinho, C. L. & Dixe, M. A. (2014a). Quedas nas Estruturas Residenciais para Idosos. *Investigação Qualitativa em Saúde*. 2, 27- 32.
- Beaudart, C.; Maquet, D.; Mannarino, M.; Buckinx, F.; Demonceau, M.; Crielaard, J.M.; Reginster, J.Y. & Bruyère, O. (2013). Effects of 3 months of short sessions of controlled whole body vibrations on the risk of falls among nursing home residents, *BMC Geriatrics*, 13, (42).
- Benner, Patrícia (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bevis, Olívia & Watson, Jean (2005). *Rumo a um Curriculum de Cuidar: Uma nova Pedagogia para a Enfermagem*. Loures: Lusociência
- Cameron, I.D.; Murray, G.R.; Gillespie, L.D.; Robertson, M.C.; Hill, K.D.; Cumming, R.G. & Kerse, N. (2010). Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1, 1- 96.

- Choi, M. & Hector, M. (2012). Effectiveness of intervention programs in preventing falls: a systematic review of recent 10 years and meta-analysis. *JAMDA*, 13 (2), 188e13 – 188e21.
- Costa-Dias, M. J. M. & Ferreira, P.L. (2014). Escalas de avaliação de risco de quedas. *Revista de Enfermagem Referência*, 2 (4), 153-161.
- Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro (2015). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República II Série, N.º 28 (10-02-2015) 3882-(10).
- Direção-Geral da Saúde (2013). Norma n.º 025. Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2012). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas - Prevenção dos Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2004). Circular Normativa N.º13. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Acedido a 27-03-2017. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEER\\_CircularNormativaDGCG\\_ProgramanacionalSaudePessoasIdosas.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEER_CircularNormativaDGCG_ProgramanacionalSaudePessoasIdosas.pdf)
- Echt, M.A.; Samelson, E. J.; Hannan, M. T.; Dufour, A. B. & Berry, S. D. (2013). Psychotropic drug initiation or increased dosage and the acute risk of falls: a prospective cohort study of nursing home residents. *BMC Geriatrics*, 13 (19).
- ESEL. (2014). Regulamento de Mestrado. Lisboa: ESEL.
- Feliciani, A. M.; Santos, S. S. & Valcarenghi, R. V. (2011). Funcionalidade e Quedas em Idosos Institucionalizados: Propostas de ações de Enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 16 (4), 615-21.
- Figueiroa-Rego, S. (2003). Século XXI: Novas e Velhas Problemáticas em Enfermagem: Sistemas De Informação E Documentação em Enfermagem e Modelos de Cuidados em Uso. *Pensar Enfermagem*, 7 (2), 34-47.
- Fortin, M. (2009). *O processo de investigação: da concepção à realização* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Freese, B. T. (2004). Betty Neuman Modelo de Sistemas. In A. Tomey & M. Alligood. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ªed), Loures: Lusociência, 335-374. ISBN 972-8383-74-6.

- Freire, C. (2013). *A Prática da Gestão de Caso na Unidade de Cuidados na Comunidade*. (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Santarém: Escola Superior de Saúde de Santarém, Santarém. Acedido a 06-10-2016. Disponível em <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1212/1/A%20pratica%20da%20gest%C3%A3o%20de%20caso%20na%20UC%20na%20Comunidade.pdf>
- Fulmer, T. & Wallace, M. (2012). Fulmer SPICES: An Overall Assessment Tool for Older Adults. *Try This*, 1. Acedido a 14-05-17. Disponível em: <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-1.pdf>
- Godinho, S. S. (2013). *Esperança, Personalidade e Qualidade de Vida em Idosos: A Influência da Institucionalização*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa: Escola de Psicologia e Ciências da Vida, Lisboa.
- Gomes, E. C.; Marques, A. O; Leal, M. C; Barros, P. B. (2014). Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (8), 3543-3551. Acedido a 29-03-2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03543.pdf>
- Harrison (1992). *Medicina Interna*. (12ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN: 968-25-2383-4.
- Hasegawa, J.; Kuzuya, M. & Iguchi, A. (2010). Urinary incontinence and behavioral symptoms are independent risk factors for recurrent and injurious falls, respectively, among residents in long-term care facilities. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50, 77 – 81.
- Hesbeen, W. (2000). Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar. Loures: Lusociência.
- Hill E. & Fauerbach L. A. (2014). Falls and Fall Prevention in Older Adults. *Journal of Legal Nurse Consulting*, 25 (2), 24-29.
- INE (2014). Projeções de população residente 2012-2060. *Destaque*. Acedido a 29-03-2017. Disponível em: [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- Kan. Y. (2014). Indoor Gateball's Influence on Life Satisfaction and the Prevention of Falls by the Elderly. *Journal of Physical Therapy Scienc*, 26 (12), 1885 – 1886.
- Martins, A.; Pinto, A., Lourenço, C., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M, ... Santos, R. (2008). Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem? *Pensar*



- Enfermagem*, 12 (2), 52-61. Acedido a 29-05-2017. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008\\_12\\_2\\_52-61.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_52-61.pdf)
- Menant J., Steele, J., Menz, H., Munro, B. & Lord, S. (2008). Optimizing footwear for older people at risk of falls. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 45 (8), 1167–1182. Acedido a 30-05-2017. Disponível em <http://www.rehab.research.va.gov/jour/08/45/8/pdf/menant.pdf>
- Menezes, R. L. & Bachion, M. M. (2012). Ocorrência de quedas e seu contexto num seguimento de dois anos em idosos institucionalizados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 14 (3), 550-558. Acedido a 25-05-2017. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n3/pdf/v14n3a11.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a11.pdf)
- Morse, J. M. (2009). *Preventing patient falls: Establishing a fall intervention program*. (2ª ed.). New York: Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-0389-5.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. (5ª ed.). EUA: Person Education. ISBN-10: 0-13-514277-6.
- Neyens, J.C.; Van Haastregt, J. C.; Dijcks, B. P.; Martens, M.; Van den Heuvel, W. J.; Witte, L. P. & Schols, J. M. (2011). Effectiveness and Implementation Aspects of Interventions for Preventing Falls in Elderly People in Long-Term Care Facilities: A Systematic Review of RCTs. *American Medical Directors Association*, 410 – 425.
- NICE (2013). *Falls in older people: assessing risk and prevention*. Acedido 30-03-2017. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/resources/falls-in-older-people-assessing-risk-and-prevention-35109686728645>
- Nitz, J.; Cyarto, E.; Andrews, S.; Fearn, M.; Fu, S.; Haines, T. ... Robinson, A. (2012). Outcomes from the Implementation of a Facility-Specific Evidence-Based Falls Prevention Intervention Program in Residential Aged Care. *Geriatric Nursing*, 33 (1), 41 – 50.
- Nunes, Fernando Manuel Ferreira. (2007). Tomada de Decisão de Enfermagem em Emergência. *Nursing*, 219. Acedido a 20-07-2017. Disponível em: <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/2802-tomada-de-decisao-de-enfermagem-em-emergencia#.WXdJfYTyvIU>
- Nunes, L.; Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2. 456p.

- OCDE European Commission. (2013). *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care*. Paris: OCDE Health Policy Studies, OCDE Publishing. Acedido a 29-03-2017. DOI:10.1787/9789264194564-en
- OMS (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Suíça: OMS. Acedido a 27-03-2017. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
- OMS (2012). *Falls - Fact sheet*, N° 344. Acedido 12-06-17. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>
- OMS (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. France. ISBN 978 92 4 156353 6. Acedido a 12-06-17. Disponível em [http://www.who.int/ageing/publications/Falls\\_prevention7March.pdf?ua=1](http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf?ua=1)
- Ordem dos Enfermeiros Secção Regional do Sul (2015). *Estruturas Residenciais para Idosos: Cuidados com Segurança, um Desafio Emergente!*, Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 12-06-2017. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- Rubenstein, L. Z. (2006). Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing*, 35- (S2), 37 – 41.
- Ruivo, M. A; Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37.
- Santos, A. M. (2012). *Quedas em Idosos Institucionalizados*. (Dissertação de Mestrado em Gerontologia). Universidade da Beira Interior Faculdade de Ciências da Saúde, Covilhã. Acedido a 29-03-2017. Disponível em: [https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/12111/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Quedas%20em%20Idosos%20Institucionalizados.pdf](https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/12111/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Quedas%20em%20Idosos%20Institucionalizados.pdf)
- Saravanakumar, P.; Higgins, I. J.; Van Der Riet, P.j.; Marquez, J. & Sibbritt, D. (2014). The influence of tai chi and yoga on balance and falls in a residential care setting: A randomised controlled trial. *Contemporary Nurse*, 48 (1), 76–87.

- Sakamoto, Y.; Ebihara, S.; Ebihara, T.; Tomita, N.; Toba, K.; Freeman, S.; Arai, H. & Kohzuki M. (2012). Fall Prevention Using Olfactory Stimulation with Lavender Odor in Elderly Nursing Home Residents: A Randomized Controlled Trial. *The American Geriatrics Society*, 60 (6), 1005-1011.
- Silva, A. (2015). *Avaliação do Risco de Queda – Contributos para a implementação da Supervisão Clínica em Enfermagem*. (Dissertação de Mestrado). Escola superior de Enfermagem do Porto, Porto. Acedido a 30-03-2017. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/11665/1/MSCE%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20do%20Risco%20de%20Queda%20Contributos%20para%20a%20Implementa%C3%A7%C3%A3o%20da%20SCE%20doc.pdf>
- Schols, J.M.G.A.; Neyens, J.; Spreeuwenberg, M.; Meijers, J.; Luiking, Y.; Verlaan, G. & Halfens, R. (2013) Malnutrition is associated with an increased risk of falls and impaired activity in elderly patients in Dutch residential long-term care (LTC): A cross-sectional study. *Archives Gerontology and Geriatrics*, 56 (1), 265-269.
- Sociedade Americana de Geriatria. (2010). Prevention of Falls in Older Persons AGS BGS Clinical Practice Guideline 2010. Acedido a 30-03-2017. Disponível em: <http://www.americangeriatrics.org>
- Teresia, J.A.; Ramirez, M.; Remler, D.; Ellise, J.; Boratgisa, G.; Silvera, S. ... & Dichter, E. (2013). Comparative effectiveness of implementing evidence-based education and best practices in nursing homes: Effects on falls, quality-of-life and societal costs. *International Journal of Nursing Studie*, 50, 448 – 463.
- Tinetti, Mary E.; Kumar C. (2010) The Patient Who Falls: It's Always a Trade-off. *Jornal of American Medical Association*, 303 (3), 258-266.
- Tomey, A.M & Alligoog, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ª ed.), Loures: Lusociência. ISBN 9728383-74-6.
- Vlaeyen, E; Coussem, J; Leysens, G; Van der Elst, E; Delbaere, K; Cambier, D. ... Milisen, K. (2015). Characteristics and Effectiveness of Fall Prevention Programs in Nursing Homes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *The American Geriatrics Societ*, 63, (2), 211-221.